



REGIONE CALABRIA

Piano di Razionalizzazione e Riqualficazione del Servizio Sanitario Regionale

1	Premessa.....	5
2	Quadro normativo	9
3	Analisi del contesto.....	11
4	Swot analisi.....	13
5	Investimenti e innovazione tecnologica.....	14
6	L'Assistenza ospedaliera.....	15
6.1	Principali Criticità della Domanda e dell'Offerta.....	15
6.2	Linee di indirizzo	20
6.3	Obiettivi operativi	21
6.4	Valutazione economica degli interventi.....	23
6.4.1	Riconversione strutture ospedaliere pubbliche in Case della Salute.....	23
6.4.2	Riconversione strutture ospedaliere pubbliche in lungo-assistenza.....	25
6.4.3	Riconversione strutture ospedaliere pubbliche in strutture di riabilitazione.....	27
6.4.4	Acquisto da privato	29
7	Assistenza territoriale.....	30
8	Accreditamento.....	35
9	Riqualificazione del personale e Gestione del rischio clinico	36
10	Emergenza-Urgenza.....	38
11	Politiche del farmaco	42
11.1	obiettivi operativi.....	44
11.2	Conclusioni	46
11.3	Impatti economici derivanti dalle manovre sulla politica del farmaco.....	47
12	Acquisti beni e servizi.....	48
12.1	Manovre di allineamento di crescita.....	52
13	Politiche del Personale.....	53
13.1	Gestione Mirata del blocco del Turn-over	54
13.2	Riduzione del costo medio per dipendente in allineamento con benchmark nazionale.....	56
13.2.1	Riduzione dei fondi di contrattazione integrativa.....	56
13.2.2	Riduzione del costo medio pro capite.....	57
13.3	Allineamento tasso di crescita del costo del personale agli standard nazionali.....	58
13.4	Risparmio IRAP derivante da azioni di riduzione del costo del personale.....	58
14	Attività amministrative e di monitoraggio.....	59
14.1	Monitoraggio.....	60
14.2	Implementazione dei principi e delle procedure inerenti il processo di formazione, aggregazione e consolidamento dei bilanci delle aziende del s.s.r.	62
14.3	Adozione di misure di regolarizzazione dei pagamenti dei debiti pregressi.....	64
14.4	La procedura di determinazione della posizione creditoria	66
15	Sistemi informativi.....	67
16	Criticita' L.E.A.	70
17	Economics.....	72
17.1	Situazione economica	72
17.2	Definizione del tendenziale 2009-2013	76
17.3	Conto economico tendenziale 2010 -2013.....	78
17.4	Programmatico 2009 -2013.....	79
17.5	Impatto delle manovre: effetto marginale per anno	80
17.6	Impatto delle manovre: effetto cumulato.....	81
17.7	Conti economici Programmatici 2009 -2013	82

18	Conclusioni: impegni a breve	83
----	------------------------------------	----

1 PREMESSA

La Regione Calabria ha chiesto, con deliberazione della Giunta regionale 9 novembre 2007 n. 695, al Governo nazionale l'attivazione della procedura di cui all'art. 1, comma 180, della legge 311/2004, finalizzata alla sottoscrizione di un accordo sul Piano di rientro.

Il Tavolo tecnico di verifica degli adempimenti, nel valutare detta proposta nella riunione del 12 febbraio 2008, ha registrato "un forte disallineamento dei dati economico-finanziari" rispetto al quadro quantitativo precedentemente fornito.

Sulla scorta di tale rilievo, in data 23 aprile 2008, i Ministri della Salute e dell'Economia e Finanze e il Presidente della Giunta regionale sottoscrivono una lettera d'intenti, nella quale si conviene che la Regione, previo affiancamento di un advisor individuato dal MEF (ma con oneri a carico della Regione), avrebbe operato una ricognizione dello stato dei conti e una verifica circa l'adeguatezza dei procedimenti amministrativi e contabili, al fine di individuare e correggere eventuali carenze.

L'individuazione dell'advisor avviene solo a fine settembre 2008, sicché lo stesso viene contrattualizzato nel successivo mese di dicembre.

Ciò nonostante, la consapevolezza che le iniziative di cui alla lettera d'intenti necessitassero di una procedura d'urgenza, fanno sì che queste siano assunte dal Commissario delegato per l'emergenza socio-economico-sanitaria di cui alla menzionata OPCM n. 3635/2007.

Il Commissario, agendo d'intesa con il Dipartimento della Protezione civile presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri (nota n. DPC/CG/0023796 dell'11 aprile 2008) e sentito il Ministro della Salute (nota n. 0003603-P GAB del 22 aprile 2008), adotta due ordinanze in data 6 maggio 2008, prot. n. 11 e n. 12, con le quali, premesso che "uno dei principali fattori di instabilità che si ripercuotono negativamente sulla efficienza e la funzionalità del sistema sanitario della Regione Calabria è rappresentato dalla situazione finanziaria delle Aziende sanitarie ed ospedaliere, che denota margini di incertezza in ordine alla effettiva dimensione quantitativa dei disavanzi maturati negli anni precedenti, in tal modo determinandosi una obiettiva difficoltà nella definizione di piani di rientro congrui e coerenti", nomina un Soggetto attuatore per l'attuazione di un programma di lavoro volto a "garantire nei tempi più ristretti una puntuale e comprovata rappresentazione degli effettivi disavanzi cumulatisi nel tempo e a ricreare un insieme di condizioni e regole idonee a scongiurare il ripetersi di situazioni di criticità".

Sempre al fine di consentire la più sollecita adozione delle misure necessarie per il superamento dell'emergenza socio-economico-sanitaria nella Regione, giusta art. 12 dell'ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 agosto 2008 n. 3696, le attribuzioni del Commissario delegato vengono estese anche alla definizione dei piani di rientro correlati all'accertamento dei disavanzi finanziari del periodo 2001-2007.

In particolare, il Commissario delegato realizza le seguenti azioni:

- a) definizione della procedura di accorpamento, sotto il profilo amministrativo, civilistico, contabile e fiscale, delle preesistenti 11 Aziende Sanitarie Locali (AA.ss.II.) in 5 Aziende Sanitarie Provinciali (AA.ss.pp.), sancito dalla legge regionale n. 9 dell'11 maggio 2007;
- b) accertamento del debito pregresso consolidato del servizio sanitario calabrese, a tutto il 31 dicembre 2007;
- c) ricostruzione di un'efficiente organizzazione amministrativa, regionale e aziendale, congrua con i gravosi impegni legati al ripianamento del debito emerso.

Dell'avvenuto completamento dell'accertamento dei disavanzi finanziari 2001-2007 si è dato atto all'art. 9, comma 2, dell'ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri 18 febbraio 2009 n. 3742 e i relativi esiti vengono trasmessi ai competenti Ministeri dell'Economia e finanze e della Salute, con nota del dirigente generale del Dipartimento Tutela della salute n. 18/DG del 3 marzo 2009.

L'obiettivo strategico che la Regione Calabria intende raggiungere con la definizione e l'attuazione del Piano di rientro è il rispetto dei livelli essenziali di assistenza.

Il Piano, dunque, da mero strumento tecnico-amministrativo "di rientro" economico-finanziario, diventa leva e occasione per un ripensamento complessivo del sistema sanitario regionale.

La legge regionale 30 aprile 2009, n. 11, ha autorizzato la Giunta regionale, a definire, proporre, stipulare, attuare, monitorare e rimodulare con il Governo l'accordo per il rientro dai disavanzi del servizio sanitario, di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004 n. 311, al fine di pervenire alla riorganizzazione, riqualificazione e risanamento strutturale del servizio sanitario regionale, anche attraverso la ristrutturazione dei debiti contratti.

L'accordo, nel suo complesso, deve constare di:

- a) una parte organizzativa, contenente gli indirizzi per la riqualificazione del servizio sanitario regionale che la Regione Calabria, in conformità ai principi di efficienza, efficacia ed economicità e nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;

- b) di una parte finanziaria, contenente la situazione economica e la valorizzazione delle manovre da realizzare;

Tra le azioni già intraprese vanno elencati i seguenti interventi:

1. accordo di programma quadro sottoscritto tra i Ministeri della Salute e dell'economia e delle Finanze, riguardante gli investimenti in tecnologie e la costruzione di nuovi ospedali;
2. il progetto "Case della salute";
3. il progetto sistema informativo;
4. delibera di Giunta Regionale sulla riorganizzazione del Dipartimento;

Per la copertura dei disavanzi antecedenti al 31 dicembre 2007 vengono utilizzate le risorse provenienti, alternativamente o cumulativamente:

- a) dall'incremento, nella misura massima consentita, dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive;
- b) da quote di manovre fiscali già adottate o da quote di tributi erariali attribuiti alla Regione, ovvero da misure fiscali da attivarsi sul territorio regionale - ivi inclusa l'applicazione di ticket, prevedendo l'esenzione per i redditi più bassi più vicini alla soglia di povertà e per le patologie più gravi, sulla distribuzione dei farmaci e/o sull'erogazione di prestazioni di accertamenti specialistici, diagnostici di laboratorio e strumentali, che la Giunta, con proprio regolamento, è autorizzata ad introdurre o rimodulare - in modo da assicurare complessivamente risorse superiori rispetto a quelle derivanti dal predetto incremento nella misura massima, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1 del decreto legge 20 marzo 2007, n. 23, convertito dalla legge 17 maggio 2007 n. 64;
- c) da appositi mutui, con oneri a carico della Regione, nei limiti consentiti dall'ordinamento vigente e dalla facoltà d'indebitamento determinata al momento di accensione del mutuo;
- d) dall'assegnazione di quote di finanziamento integrativo, a seguito della sottoscrizione e dell'attuazione dell'accordo per il rientro dai disavanzi;
- e) dalle economie di scala, conseguenti all'attuazione dell'accordo, anche per effetto del riequilibrio tra le prestazioni rese dal servizio pubblico e dagli erogatori privati accreditati, dall'adozione di appropriati meccanismi di sinergia tra unità operative e/o tra Aziende

ospedaliere e sanitarie, nonché dall'imposizione di un idoneo tetto di spesa per il personale, calcolato in ambito regionale, che tenga conto della necessità di attivazione di nuove funzioni, laddove sia accertata la possibilità di contenere od abbattere la spesa per la mobilità passiva;

- f) dalle sovvenzioni aggiuntive dello Stato, anche in applicazione delle disposizioni contenute all'articolo 1 del decreto legge 20 marzo 2007 n. 23, convertito dalla legge 17 maggio 2007 n. 64, dell'articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2004 n. 311 e dell'articolo 1, comma 796, lettera b), della legge 27 dicembre 2006 n. 296 e dell'articolo 2, comma 46, della legge 24 dicembre 2007 n. 244;
- g) dall'attribuzione dei fondi statali non ancora assegnati per il raggiungimento degli obiettivi del piano sanitario nazionale;
- h) dall'esercizio delle azioni di responsabilità per danno erariale, anche ai sensi dell'articolo 1, comma 1 bis, del decreto legge 20 marzo 2007 n. 23, convertito dalla legge 17 maggio 2007 n. 64;
- i) da ogni altra fonte individuata dalla Giunta regionale.

Il Presidente della Giunta regionale, con nota in data 7 aprile 2009, ha inoltrato apposita richiesta di supporto all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGeNaS), ai fini della predisposizione dell'accordo per il rientro dai disavanzi, di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004 n. 311.

L'Agenzia, con nota del 22 aprile, ha manifestato la piena disponibilità; nei successivi stati di avanzamento operativo del presente Piano, la Regione Calabria, pertanto, potrà contare – in aggiunta all'advisor - anche su tale preziosa collaborazione.

Con il decreto legge n.78 del 1° luglio 2009 e la conseguente lettera del Presidente del Consiglio dei Ministri la Regione Calabria è stata affidata a predisporre il piano di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale attesa la straordinaria necessità ed urgenza di assicurare le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza, di cui al DPCM del 29 novembre 2001, e di perseguire il risanamento il riequilibrio economico-finanziario e la riorganizzazione del sistema sanitario della regione, anche sotto il profilo amministrativo e contabile.

2 QUADRO NORMATIVO

L'articolo 1, comma 180 della legge 311/2004 (legge finanziaria 2005) ha previsto la possibilità, per le Regioni che presentavano situazioni di squilibrio economico-finanziario e di mancato mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di elaborare un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale da sottoscrivere, con apposito Accordo, con il Ministero dell'economia e delle finanze e con il Ministero della Salute. Con l'Accordo si individuano gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei LEA e gli adempimenti previsti dalla successiva intesa fra Governo e Regioni, siglata il 23 marzo 2005.

Con l'Intesa del 23 marzo 2005, infatti, sono stati individuati una serie di adempimenti organizzativi e gestionali in linea con i precedenti provvedimenti e accordi di contenimento della spesa. Tra questi ricordiamo le nuove forme di controllo per migliorare il monitoraggio della spesa sanitaria nell'ambito del nuovo sistema informativo (NSIS), razionalizzazione della rete ospedaliera e tutta una serie di meccanismi procedurali e di controllo.

La sottoscrizione dell'Accordo di approvazione del Piano di rientro è condizione necessaria per la riattribuzione delle quote di premialità non assegnate alla regione a seguito dei disavanzi rilevati nei tavoli di monitoraggio. Tali quote vengono erogate in maniera parziale e graduale sulla base della verifica della effettiva attuazione del programma operativo.

L'articolo 1, commi 274 e ss., della legge 266/2005 (legge Finanziaria 2006) ha confermato gli obblighi posti a carico delle Regioni, ha previsto l'automatismo dell'innalzamento nella misura massima delle aliquote IRPEF e IRAP regionali qualora i provvedimenti adottati non risultino idonei al ripianamento del disavanzo, ha subordinato l'accesso alla quota integrativa del fondo alle intese sul PSN 2006-2008 e sul piano di contenimento delle liste d'attesa, e ha previsto l'istituzione di un sistema nazionale di verifica e controllo dell'assistenza sanitaria (SIVEAS), che si avvale delle funzioni svolte dal nucleo di supporto per le analisi delle disfunzioni, e la revisione organizzativa (SAR), che ha il compito di verificare che i finanziamenti siano tradotti in servizi ai cittadini, secondo criteri di efficienza e appropriatezza.

A questi si sono aggiunti l'obbligo di stipulare accordi specifici con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, prevedendo di subordinare l'accesso all'indennità di collaborazione informatica al riscontro (attraverso il sistema della tessera sanitaria) del rispetto della soglia del 70% della stampa informatizzata delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche effettuate da parte di ciascun medico.

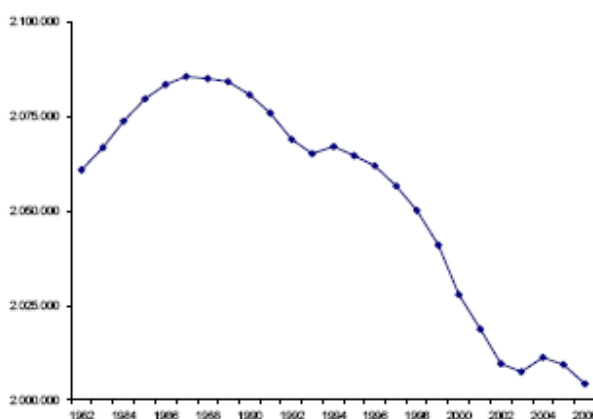
L'Intesa del 5 ottobre 2006 ha recepito il "Patto della Salute", accordo di tipo finanziario per il triennio 2007/2009, con la previsione di un fondo transitorio per le Regioni con elevati disavanzi, ed un accordo normativo e programmatico volto alla riorganizzazione del settore sanitario. L'Intesa è stata recepita dalla Finanziaria 2007 che ha disciplinato i Piani di rientro e l'attività di affiancamento da parte dei Ministeri.

3 ANALISI DEL CONTESTO

La Calabria si estende su una superficie di 15.080,27 Km², con una netta prevalenza di territori montani e collinari; soltanto un decimo della superficie è pianeggiante.

Dal 1987, anno in cui si è raggiunto il valore storicamente più alto di residenti, la regione ha registrato un sistematico decremento demografico (figura 1.1).

Figura 1.1 - Andamento temporale della popolazione residente in Calabria al 1° gennaio di ogni anno - anni 1982-2006 - (dati ISTAT).



La distribuzione della popolazione residente per provincia attribuisce ai comuni di Cosenza 730.395 abitanti (il 36,4 % del totale), a quelli di Reggio Calabria 565.541 abitanti (il 28,2 %), a Catanzaro 367.624 (il 18,3 %), a Crotona 172.374 (8,6 %) ed a Vibo Valentia 168.481 (8,4 %).

Un terzo della popolazione calabrese risiede nei 324 comuni al di sotto di 5.000 abitanti, che rappresentano il 79,2 % dei comuni totali e il 66,0 % della superficie territoriale.

Negli stessi comuni si registra una densità pari a 67 abitanti per km², che per quelli di ampiezza demografica inferiore (fino a mille abitanti) si attesta a 34 ab. x km².

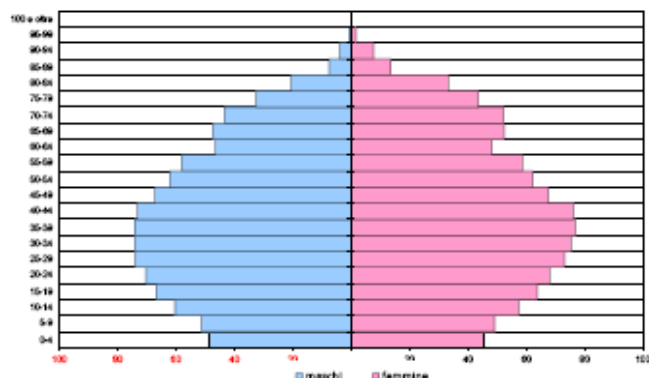
I centri abitati più consistenti sono pochi (35 comuni al di sopra dei 10.000 abitanti): assorbono la metà circa della popolazione calabrese ed un quinto del territorio.

Un solo comune, Reggio Calabria, conta più di 100.000 residenti.

I residenti in Calabria nel 2008 sono 2.007.707.

La distribuzione della popolazione per età e genere ha una forma a "bulbo": consistenza relativa delle fasce di età più giovani e di quelle più elevate rispetto a quelle medie (figura 1.2).

Figura 1.2 - Distribuzione della popolazione calabrese per fascia d'età e genere al 1° gennaio 2005 – valori in migliaia - (dati ISTAT).



Fino ai 30 anni d'età prevale il genere maschile. A partire da tale età, fino alle generazioni nate durante l'ultimo conflitto mondiale (fascia dei 60-64 anni), la prevalenza delle donne è netta e stabile.

A partire da questa età le donne costituiscono di gran lunga la quota maggiore di popolazione residente.

Se consideriamo gli ultra ottantenni ad ogni anziano maschio corrispondono due donne residenti.

L'incidenza delle persone con 65 anni di età ed oltre sul totale della popolazione residente è passata dal 13,50 del 1992 al 18,5 % del 2008.

Il Sistema sanitario calabrese con la Legge regionale n°11 del 2007 ha ricondotto le aziende sanitarie ai confini provinciali, riducendole da 11 a 6. Unica eccezione la ASP di Locri in quanto era commissariata e come tale non poteva subire modificazioni. Alle ASP territoriali devono essere aggiunte le Aziende Ospedaliere di Cosenza, Catanzaro (Pugliese-Ciaccio), Reggio Calabria e quella universitaria di Mater Domini di Catanzaro.

La caratteristica saliente del sistema sanitario calabrese è quella di fornire una risposta di ricovero ospedaliero alla maggior parte dei bisogni della popolazione.

Questa caratteristica produce inappropriately di ricoveri e rigidità organizzativa condizionando la possibilità di costruire un sistema sanitario più equilibrato nella missione di prevenzione e nella promozione della salute.

4 SWOT ANALISI

PUNTI DI DEBOLEZZA	MINACCE
Scarto tra programmazione formale e risultati operativi	Conseguimento modesto di risultato
Scarsa cultura aziendale e modesto orientamento al risultato del management	Inefficienza e inefficacia gestionale
Prestazioni inappropriate in numerose tipologie assistenziali	Spreco risorse ed inadeguata assistenza
Elevata mobilità passiva	Fuoriuscita di risorse finanziarie e disagio per cittadini
Elevata spesa farmaceutica	Distorsione allocativa delle risorse
Squilibrio allocativo tra ospedale e territorio	Sistema assistenziale improprio
Distribuzione inefficiente Risorse Umane	Sistema offerta inefficace
Costi di produzione elevati	Sistema poco efficiente
Servizio informativo non efficace	Governo inadeguato dei flussi e scarsa trasparenza
Basso livello di interazione istituzionale	Segmentazione della governance e autoreferenzialità
Eccesso di pressioni corporative	Appannamento della funzione pubblica
PUNTI DI FORZA	OPPORTUNITA'
Consapevolezza dei principali attori della necessità del cambiamento	Formazione massa critica per cambiamento
Recupero di efficienza	Sistema più equilibrato possibilità di investimento e riduzione costi unitari
Rete assistenziale territoriale potenzialità	Miglioramento qualità assistenziale
Presenza di punti di eccellenza nella rete	Ampliamento e diffusione best practice
SUA	Economie di scala e aumento trasparenza
Casa della salute	Maggiore e migliore offerta territoriale
Istituzione di gruppi di risk manager	Riduzione eventi avversi
Avvio dell'incident reporting	Riduzione degli errori

5 INVESTIMENTI E INNOVAZIONE TECNOLOGICA

Il piano di razionalizzazione e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale con riferimento agli investimenti per l'adeguamento strutturale e il potenziamento tecnologico non può prescindere dal precedente Accordo di programma sottoscritto il 13 dicembre 2007 tra il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Calabria. L'Accordo nasce con l'obiettivo di riqualificare l'assistenza attraverso una razionalizzazione della rete, una elevata qualità delle tecnologie. L'Accordo, in particolare, si propone di:

- riorganizzare ed adeguare la rete ospedaliera, attraverso l'accreditamento e l'umanizzazione delle strutture per il conseguimento di adeguati standard alberghieri;
- rinnovare e potenziare la dotazione tecnologica;
- adeguare alla normativa vigente in materia di requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi e in materia di sicurezza sui luoghi del lavoro;
- realizzare i percorsi assistenziali e i processi di lavoro, favorendo l'accesso all'area ospedaliera ed elevare il livello di sicurezza.

Tali scelte concentrate nelle ex Aziende sanitarie di Rossano, Catanzaro, Palmi e Vibo Valentia, riguardano la realizzazione ex novo di tre presidi di riferimento, rispettivamente, la realizzazione del nuovo ospedale della Sibaritide, del nuovo presidio di Catanzaro, del nuovo ospedale della Piana di Gioia Tauro ed in fine il completamento del nuovo ospedale di Vibo Valentia.

Con riferimento all'area della Sibaritide la costruzione dell'ospedale permetterà la riorganizzazione degli altri ospedali esistenti (Rossano, Corigliano, Cariati e Trebisacce).

Nella città di Catanzaro individua nell'accorpamento dell'Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio con l'Azienda Ospedaliera Universitaria Mater Domini azione necessaria ed indispensabile per la nascita del nuovo ospedale.

Nella città di Vibo Valentia si impone la dismissione dell'attuale presidio ospedaliero.

Nella Piana di Gioia Tauro la creazione del nuovo ospedale consentirà di superare le cinque strutture ospedaliere di Polistena, Palmi, Gioia Tauro, Taurianova e Oppido Mamertino che risultano inadeguate e fatiscenti.

6 L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

6.1 PRINCIPALI CRITICITÀ DELLA DOMANDA E DELL'OFFERTA

Dall'analisi della domanda di ricovero della popolazione residente in Calabria nelle strutture della Regione e in quelle fuori Regione, che si riferiscono all'anno 2008, emergono alcuni aspetti critici che riguardano, in particolare, il tasso di ospedalizzazione che raggiunge i 225 ricoveri per 1000, di cui 153 di tipo ordinario e 72 day hospital.

Il tasso dei ricoveri dei residenti nelle strutture della Regione è pari a 192 per 1000 e peso medio complessivo pari a 0.94, ricoveri al 70% di peso inferiore a 1 e il 5% superiore a 2. Si tratta di ricoveri che nel 40% dei casi riguardano soggetti ultra 65enni che presentano circa il 24% di ricoveri ripetuti e il 20% di pazienti con ricoveri superiori a 1.

Inoltre si rileva una forte concentrazione di ricoveri tra 0 e 5 giorni che raggiungono il 60% (circa il 5% sono ricoveri sono di 0 giorni e il 7 di 1 giorno) e sono caratterizzati da inappropriata in regime ordinario molto elevata (30% circa) e da una popolazione di età media inferiore a 45 anni.

Per quanto riguarda le patologie al primo posto troviamo le malattie cardiocircolatorie prevalentemente di tipo medico, al secondo posto quelle dell'apparato digerente, anche queste soprattutto di tipo medico, e al terzo posto i ricoveri collegati alla gravidanza per quasi la metà di tipo chirurgico, a causa della percentuale elevata di cesarei che viene fatta in Regione.

Nei primi 30 DRG vi è ancora una forte presenza di patologie inappropriate in regime ordinario secondo il DPCM 2001, come il 183 (esofagite) al quinto posto, l'intervento al cristallino al settimo, l'ipertensione al tredicesimo, ma complessivamente nei ricoveri di tipo chirurgico in particolare. Anche se nel complesso la percentuale dei ricoveri inappropriati si attesta al 16% circa.

A questo proposito si sottolinea che si riscontrano ricoveri in regime ordinario per disturbi legati al parto e all'apparato riproduttivo femminile, ma anche per malattie della nutrizione, diabete o malattie della pelle che trovano risposte in regimi alternativi alla degenza ordinaria, ma anche diurna nella maggior parte del Paese.

I ricoveri in mobilità passiva dei residenti sono il 15% di tutti i ricoveri e si caratterizzano, invece, per un peso medio più elevato (1,25) con una percentuale di soggetti con peso inferiore a 1 del 56% mentre la complessità sopra 2 è circa il 12%. La popolazione che viene assistita fuori regione

presenta un'età più bassa (ultra 65 sono il 32%) ma si mantengono sempre elevati i ricoveri ripetuti e i soggetti con più di 1 ricovero.

La percentuale di ricoveri di tipo chirurgico fuori regione è quasi il 50%, con al primo posto le malattie muscolo scheletriche, quelle circolatorie, ma anche le malattie dell'apparato digerente, che sono per la metà rappresentate da interventi di chirurgia.

L'analisi dei primi 30 DRG mostra comunque al primo posto un intervento di tipo medico la Chemioterapia in regime ordinario e al secondo posto gli interventi ortopedici sulle articolazioni maggiori con più di 1000 casi.

Inoltre si sottolinea che l'analisi delle caratteristiche dei ricoveri ha permesso di individuare una popolazione molto numerosa ultra 65 e ultra 75 che presenta ricoveri ripetuti e di durata superiore a 12 giorni di media per patologie di tipo cardiocircolatorio, neurologico e respiratorio che possono trovare risposte assistenziali più appropriate in strutture di lungo assistenza con una componente di complessità e di medicalizzazione. A questo proposito l'analisi dei ricoveri di lungodegenza e riabilitazione per i codici 60, 75 e 56 ha mostrato che rappresentano attualmente lo 0,5 per 1000 ma sono caratterizzati da durate della degenza oltre gli 80 giorni che, in una quota molto elevata, sembrano riconducibili a fabbisogni di tipo residenziale e non ospedaliero, fabbisogno di cui la regione è ancora comunque molto carente.

I ricoveri diurni in regione sono prevalentemente di carattere medico e un terzo circa presentano un solo accesso; aspetto che si conferma anche nei ricoveri dello stesso tipo in mobilità passiva.

Pertanto gli aspetti più negativi sui quali è indispensabile porre azioni di carattere correttivo sono la riduzione dei ricoveri complessivi attraverso la riduzione dell'inappropriatezza in regime ordinario, in modo particolare con il trasferimento di ricoveri in regime diurno per la componente chirurgica. Ma anche con la riduzione dei ricoveri diurni di tipo medico con un accesso che si riferiscono a prestazioni diagnostiche che devono essere eseguite in regime ambulatoriale. Rimodulando pertanto tutto il processo diagnostico terapeutico e correlandolo alle funzioni e strutture più appropriate.

Per quanto riguarda la mobilità passiva l'obiettivo generale è quello di ridurre la migrazione sanitaria di bassa complessità, mentre si deve prevedere che i ricoveri particolarmente complessi come quelli di ortopedia, cardiocirurgia e cardiologia interventistica trovino risposta nelle Aziende Ospedaliere della regione.

L'analisi della Domanda esprime una forte ospedalizzazione che è l'espressione di carenze nelle fasi del processo clinico assistenziale che riguardano prevenzione, diagnosi precoce, diagnosi e terapia

che sono prerogativa di funzioni e strutture sanitarie che si devono svolgere all'esterno di funzioni ospedaliere per acuti a partire dalla attività dei Medici di Medicina Generale, medicina del territorio in generale attraverso i consultori, Sert, dipartimenti di igiene mentale, eccetera.

Sul versante dell'Offerta la principale criticità è rappresentata dal numero di strutture sia pubbliche che private di piccole e piccolissime dimensioni in termini di posti letto e, al tempo stesso, di bassissima attività di ricovero che rendono la casistica frammentata e, quindi, particolarmente a rischio soprattutto nelle branche chirurgiche e nei punti nascita.

La dotazione complessiva di 8.872 posti letto (ordinari e DH) si distribuisce in 73 presidi, di cui 37 pubblici e 36 privati, con un'ampiezza media di presidio di circa 120 posti letto. La frammentazione dei posti letto è documentata dalla seguente tabella che mostra la distribuzione dei presidi per classe d'ampiezza:

tab. Distribuzione dei presidi ospedalieri per classi di ampiezza						
Classi di ampiezza (p.l.)	Presidi ospedalieri pubblici			Presidi ospedalieri privati		
	valore assoluto	% sul totale	% cumulativa	valore assoluto	% sul totale	% cumulativa
0-30	3	8,11	8,11	2	5,56	5,56
30-50	2	5,41	13,51	6	16,67	22,22
50-100	15	40,54	54,05	19	52,78	75,00
100-150	9	24,32	78,38	7	19,44	94,44
150-200	2	5,41	83,78	1	2,78	97,22
200-400	2	5,41	89,19	1	2,78	100,00
> 400	4	10,81	100,00		0,00	
	37	100,00		36	100,00	

Il tasso di interventi nelle unità operative chirurgiche pubbliche raggiunge raramente il 70% e nella maggior parte dei presidi è intorno al 25-30% circa che, tuttavia, rappresentano interventi inappropriati in regime ordinario secondo il DPCM del 2001.

Queste unità operative si ritengono a rischio e si prevede la concentrazione in presidi di riferimento in particolare per le branche di chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, urologia.

Una nota particolarmente negativa riguarda i punti nascita sia pubblici che privati che sono nel complesso 29 ma di cui ben 15 eseguono meno di 500 parti e, inoltre, si sottolinea che la percentuale di cesarei, mediamente del 45,4%, raggiunge in alcune strutture il 70%.

La disattivazione dei punti nascita con bassa attività sia pubblici che privati deve tenere conto, delle condizioni del territorio e logistiche ma con particolare urgenza e tempestività deve trovare risposte efficaci e sicure in ambiti di strutture adeguate.

A proposito delle dimensioni di posti letto e attività ospedaliera per acuti, i presidi pubblici con meno di 100 ma anche 50 posti letto sono molto numerosi e mostrano comunque spesso tassi di utilizzo anche inferiori al 50%. Una decina di presidi si caratterizza per svolgere attività di tipo medico in soggetti ultra 65 nella maggior parte dei casi (anche 70, 80%) e di bassa complessità. In questi casi anche se è necessaria una verifica approfondita del territorio e della logistica appare evidente, come espresso nell'analisi della domanda, si possa trattare di soggetti che esprimono fabbisogni di residenzialità sanitaria anche se con una componente medicalizzata.

L'altra fortissima criticità rilevata riguarda il numero di strutture private e nella scarsa attività e in appropriatezza secondo il DPCM 2001. In alcuni territori esse superano come numero i presidi pubblici come a Cosenza, o il paradosso di Crotona dove ci sono 6 case di cura private e un solo presidio pubblico.

L'analisi dell'attività nelle strutture private mostra che si tratta nella maggior parte di duplicazioni di unità operative di base (chirurgia, ortopedia, medicina, cardiologia) caratterizzate da bassa o bassissima casistica, bassa complessità oltre, come abbiamo detto, in appropriatezza che in alcune strutture supera il 50% di tutti i ricoveri e raggiunge anche l'80%. Anche nel caso del privato, a parte poche eccezioni, si rileva che le unità operative particolarmente inefficienti, ma anche a rischio per la bassa casistica operatoria, sono le branche chirurgiche.

L'analisi effettuata ha misurato in tutte le unità operative sia pubbliche che private anche la percentuale dei 65 DRG a rischio di inappropriatazza in regime ordinario e diurno descritte nella bozza di decreto LEA 2008 non ancora approvata. Si rileva che le caratteristiche di questa tipologia di interventi a livello tecnico e assistenziale suggeriscono una loro corretta gestione in regimi alternativi alla degenza ordinaria e, in alcuni casi, anche diurna. Pur non descrivendone puntualmente i livelli presenti nei presidi e nelle unità operative, la programmazione del prossimo triennio ne terrà conto per progettare attività per acuti appropriata ed efficiente.

In conclusione per quanto riguarda i piccoli presidi si sottolinea che è urgente il superamento delle branche chirurgiche ed in particolare dei punti nascita con bassa attività. In considerazione del territorio è opportuno prevedere la possibilità di attività di piccola chirurgia ambulatoriale nei presidi trasformati in Case della Salute o comunque in Punti di Assistenza Territoriale. L'aspetto che si

enfaticamente è l'esclusione di questi presidi dalla rete dell'Emergenza Urgenza 118 ma anche da un'attività di Pronto Soccorso di primo livello.

Sono stati identificati una ventina di presidi pubblici che per numero di posti letto, tassi di utilizzo, ricoveri inappropriati in regime ordinario e bassissima complessità, si prevede di riconvertire. Questi si caratterizzano per essere trasformati in presidi complementari alla degenza per acuti con particolare focalizzazione su attività di lungodegenza e riabilitazione, in strutture di lungo assistenza nella forma di Residenze Sanitarie di elevato grado di complessità e medicalizzazione e infine, ma non ultimo per importanza, alcuni presidi saranno dedicati alle attività esclusivamente territoriali nella Casa della Salute e nel Distretto, di cui la regione ha tanto bisogno come è stato dimostrato anche nella analisi dei ricoveri ospedalieri.

Per quanto riguarda la rete delle case di cura private, è necessario compiere non solo una valutazione del Fabbisogno per delinearne attività necessarie al Sistema Sanitario Regionale ma anche una profonda riflessione per delinearne obiettivi e missione complementare alle strutture pubbliche, stimolandone la riconversione e lo sviluppo della qualità, attivando un sistema di controlli che ne garantisca i risultati attesi.

Per quanto riguarda le Aziende Ospedaliere e i Presidi maggiori, come quello di Crotone, anch'essi presentano forti criticità legate, in particolare, alla bassa casistica nelle branche specialistiche che, in alcuni casi come l'ortopedia, l'urologia o nelle attività chirurgiche di day surgery, sono più numerose e attive nelle strutture private competitori.

Anche nelle strutture di alta complessità le branche chirurgiche eseguono pochi interventi per garantire un'unità operativa come efficace, come è il caso della cardiocirurgia, della cardiologia interventistica o il caso delle neurochirurgie, chirurgie toraciche e vascolari che andranno concentrate.

Infine si sottolinea che anche nelle Aziende Ospedaliere la percentuale di ricoveri inappropriati in regime ordinario è spesso fuori dagli standard nazionali e accompagnata da inappropriatezza anche dell'uso dei posti letto diurni, peraltro in percentuali anch'esse fuori dalla norma.

Infine si segnala che l'analisi ha mostrato ancora bassa capacità nell'uso delle codifiche della Classificazione Internazionale ICD 9 CM, che è alla base della formazione del DRG, espressione di scarsa responsabilità nella codifica delle diagnosi e delle prestazioni da parte dei medici clinici, aspetto di cui si terrà conto nella programmazione.

A questo proposito si sottolinea che la progettazione della Rete Ospedaliera, oltre alle osservazioni e alle criticità rilevate, deve collegare alla organizzazione dei presidi ospedalieri per acuti e quelli da riconvertire, l'analisi delle risorse umane in particolare degli operatori sanitari, la cui preparazione, know how, formazione e aggiornamento devono essere anch'essi riprogettati sulla base delle nuove esigenze e fabbisogni assistenziali e clinici individuati.

6.2 LINEE DI INDIRIZZO

La rete ospedaliera della Calabria presenta, come descritto sopra, numerose criticità sia sul versante della domanda che dell'offerta. La cornice di riferimento che il Piano di Rientro intende darsi su base regionale è rappresentata dal valore di 3 posti letto per 1.000 abitanti per acuti e 0,8 per riabilitazione e lungodegenza (attualmente 3,9 per acuti e 0,5 per riabilitazione e lungodegenza), riducendo di 0,9 punti i tassi per acuti e aumentando al contempo la riabilitazione e lungodegenza di 0,3. A questo proposito si sottolinea il grado di inappropriatezza della durata della degenza di questi regimi ospedalieri (numerosi i casi di outliers superiori a 80 giorni).

La riduzione dell'attività ospedaliera per acuti non necessaria comporta lo spostamento di ricoveri in regimi alternativi come il ricovero diurno che nel caso della Calabria è oggettivamente sottoutilizzato, che quindi deve essere potenziato sia in termini di posti letto che di ricoveri, naturalmente garantendone l'appropriatezza in questo regime.

Inoltre la riduzione dei ricoveri ordinari inappropriati prevede lo spostamento di numerosi ricoveri in regime ambulatoriale sia di tipo diagnostico che di tipo chirurgico, sia sulla base del DPCM LEA 2001 che della bozza di quello del 2008; infatti, si sottolinea, come detto sopra, che le patologie in esso comprese sono da considerarsi sul piano clinico assistenziale già trasferibili in regime ambulatoriale. Infine sono stati identificati numerosi ricoveri ripetuti di tipo medico in soggetti ultra 65 con durata superiore a 12 giorni per patologie di tipo cardiocircolatorio, neurologico e respiratorio che possono trovare risposte più appropriate in strutture di "lungoassistenza" non ospedaliere ma di tipo residenziale di vario livello e complessità.

Il primo obiettivo è quello di ridurre il tasso di ospedalizzazione nelle strutture della regione complessivamente pari 225 (192 nelle strutture della regione e 33 in mobilità passiva) in modo da raggiungere il valore del 180 senza il neonato.

Per raggiungere questo obiettivo la descrizione dell'inappropriatezza mostra che con interventi sulla riduzione di tale aspetto si può ottenere nei prossimi 3 anni un taglio di circa 100.000 ricoveri ordinari e un aumento, contestuale, di circa 28.000 ricoveri day hospital, che nel complesso conducono ad una riduzione di circa 67.000 ricoveri.

In particolare si prevede per le strutture pubbliche una riduzione di circa 79.000 ricoveri ordinari e un aumento di circa 14.000 ricoveri diurni, pari ad una riduzione complessiva di 65.000 ricoveri.

Per quanto riguarda le strutture private, invece, si prevede un taglio di circa 21.000 ricoveri ordinari ed un aumento di circa 14.000 in regime diurno, per un totale di quasi 7.000 ricoveri in meno.

E' previsto, inoltre, che l'aumento dei ricoveri complessivi di riabilitazione e lungodegenza, pari a circa 5.000, comporti un aumento dei posti letto di circa 600 unità sostanzialmente concentrate nel pubblico.

Sono state identificate circa 20 strutture di piccole dimensioni, particolarmente inappropriate e non sicure, da disattivare da ospedali per acuti e da trasformare: in particolare 599 posti letto verranno riconvertiti in riabilitazione e lungodegenza; 723 in posti letto di strutture di lungo assistenza (che sono strutture residenziali complesse); 538 in Case della Salute e Punti Territoriali. I posti letto disattivati da acuti e riconvertiti sono distribuiti equamente in tutte le ASP.

Di conseguenza per le Aziende Ospedaliere, in particolare per quelle di Catanzaro, si prevede, in accordo con il Piano Sanitario, la razionalizzazione dell'offerta al fine di superare le attuali duplicazioni di attività e la qualificazione dell'alta specialità.

A proposito delle strutture di offerta private, è stato stimato il tetto per le prestazioni ospedaliere che si prevede passare dal valore di 188 milioni nell'anno 2009 previsto da una Delibera DGR n°491 del 03/08/2009, ad una riduzione del budget di circa 43 milioni nei prossimi tre anni.

Per quanto riguarda le attività chirurgiche e ostetriche, le cui criticità nel settore sia pubblico che privato sono particolarmente gravi e sono state ampiamente descritte nel paragrafo precedente, si propone la concentrazione delle Unità Operative attraverso la riduzione dei punti nascita che eseguono meno di 500 parti per garantire una casistica sufficiente per consentire la curva di esperienza ai professionisti, la riduzione dei parti cesarei agli standard, il miglioramento dei tassi operatori per Unità Operativa e per operatore.

6.3 OBIETTIVI OPERATIVI

Se la rete ospedaliera regionale presenta le criticità sopra sintetizzate occorre andarne verso una riqualificazione funzionale e strutturale che valorizzi i punti di eccellenza presenti e tenga conto dei programmi già approvati dalla Regione per quanto riguarda la realizzazione di quattro nuovi ospedali (ADP del 13 Dicembre 2007) e la realizzazione delle case della salute.

Un programma più compiuto del riassetto della rete potrà essere predisposto solo a seguito di un approfondimento dell'analisi della domanda e dell'offerta e la definizione del ruolo dei singoli presidi pubblici e privati in relazione al contesto aziendale e regionale entro 90 giorni.

Appare in ogni caso urgente prevedere un intervento riguardante i piccoli presidi ospedalieri di cui occorre in alcuni casi prevedere la chiusura o l'eventuale riconversione in strutture residenziali o riabilitative ovvero in case della salute; in altri casi prevedere la dismissione delle branche chirurgiche e dei punti nascita con bassa attività, eventualmente sviluppando attività di chirurgia ambulatoriale nei presidi trasformati in case delle salute o comunque in altri presidi territoriali. La chiusura dei piccoli presidi ospedalieri dovrebbe essere accompagnata da un potenziamento dell'attività specialistica ambulatoriale con la presenza di branche normalmente assenti in quei presidi.

Per affrontare i temi legati alla qualificazione dell'attività in termini di appropriatezza e di sicurezza del cittadino occorre agire in diverse direzioni.

Un primo intervento riguarda la definizione di standard di riferimento per la distribuzione di attività in regime di ricovero ordinario in DH e ambulatoriale, anche in attuazione della normativa nazionale vigente. In tal senso la Regione produrrà indicazioni sugli standard definiti e specifiche prescrizioni alle ASP per l'adeguamento ai setting di assistenza individuati, monitorando il raggiungimento degli obiettivi fissati.

La Regione inoltre è impegnata a definire un sistema di reporting periodico sull'efficienza, l'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni di ricovero ospedaliero, nonché a garantire la corretta compilazione delle SDO e la loro corrispondenza con le cartelle cliniche nelle strutture pubbliche anche in attuazione alla normativa vigente. A questo fine la Regione potrà prescrivere alle ASP e alle AO l'attivazione di una funzione specifica utilizzando risorse professionali dedicate, il cui impiego dovrà essere accompagnato da specifici progetti formativi.

La ristrutturazione della rete ospedaliera e la maggior concentrazione di attività potrà consentire una razionalizzazione e una maggiore produttività dell'investimento tecnologico, che ormai costituisce fattore essenziale per la qualificazione del servizio. All'inizio del 2009 la Regione ha avviato il progetto "Anagrafica Tecnologie Sanitarie" con l'obiettivo di giungere alla corretta rappresentazione della situazione delle tecnologie biomediche in possesso delle Aziende pubbliche nella regione Calabria. Solo in questo modo si potrà realizzare un reale processo di HTA.

6.4 VALUTAZIONE ECONOMICA DEGLI INTERVENTI

La valutazione economica degli interventi di riconversione dei posti letto richiede un'attenta valutazione dei costi cessanti (nelle specifiche strutture oggetto di intervento) e dei costi sorgenti relativi alle nuove tipologie di assistenza anche in considerazione dei relativi modelli organizzativi ed operativi che saranno implementati. In attesa della definizione del piano di ristrutturazione della rete di offerta ospedaliera che andrà a identificare le singole strutture oggetto di riconversione, al fine di pervenire ad una prima stima dei risparmi perseguibili, si è in questa fase ipotizzato di considerare l'attuazione degli interventi di riconversione sulle strutture pubbliche partendo da quelle di piccole dimensioni.

6.4.1 RICONVERSIONE STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE IN CASE DELLA SALUTE

In base ad una prima stima del fabbisogno (condotta considerando l'allineamento dei posti letto regionali allo standard nazionale) si è individuato un target di 538 posti letto da convertire in Casa della Salute. Per raggiungere tale target (in attesa di definire il piano dettagliato di ristrutturazione della rete ospedaliera) si è ipotizzato di considerare, per la stima dei potenziali risparmi derivanti da riconversione, le prime 11 strutture pubbliche in ordine crescente di posti letto (dalla più piccola alla più grande) che configurano un totale di 548 posti letto da riconvertire.

La quantificazione di massima dei risparmi ottenibili dalle suddette riconversioni è stata stimata considerando la differenza tra i costi attuali "as is" (desunti dai modelli CP per l'anno 2006 che risultano gli ultimi dati completi e disponibili) delle strutture ospedaliere considerate e i costi futuri "to be" ipotizzati per le nuove Case della Salute.

Per stimare in prima approssimazione i **costi "to be"** relativi alle nuove Case della Salute si è assunto a riferimento il contributo del Commissario straordinario ex DPR100 del 24 maggio 2009.

In particolare la stima dei **costi del personale** è stata eseguita considerando la dotazione organica (numero e tipologia dei profili professionali) indicata dal Commissario straordinario ex DPR100 del 24 maggio 2009 valorizzata al costo medio per profilo professionale ricavato da benchmark nazionali.

Per la stima degli "**Altri costi**" (ovvero tutti i costi di produzione non imputabili al personale, agli accantonamenti e ammortamenti) si è attribuito alla configurazione "to be" delle case della salute una quota di "altri costi" pari al 15% dei corrispondenti costi della configurazione AS IS. L'assunzione di questo parametro consente di pervenire ad una struttura di costo "to be" per la casa della Salute distribuita tra costi del personale e "altri costi" in ragione del 82% e del 18%.

Le suddette ipotesi, necessarie a definire in questa fase l'entità economica di massima dell'intervento, potranno essere oggetto di revisione/affinamento in funzione delle effettive scelte relative al mix di attività da svolgere nelle case della salute e ai futuri approfondimenti sulle caratteristiche organizzative, logistiche e di costo delle strutture che saranno effettivamente individuate ai fini delle riconversioni.

In base alle ipotesi sopra formulate la riduzione dei costi tra l'attuale assetto (11 strutture ospedaliere) e quello futuro (n° 11 Case della Salute) si configura come segue:

Variazioni costi tra configurazione AS IS e TO BE	(euro x 1000)
Δ costi personale	70.535
Δ altri costi	22.552
Δ costi totali	93.087

Ai fini della valorizzazione economica dell'intervento di riconversione si prendono in considerazione esclusivamente la riduzione degli "altri costi" che ammonta a 22,5 milioni di euro in quanto gli effetti di risparmio sui costi di personale sono già valutati nell'ambito della manovra complessiva sul personale.

Dall'analisi dei modelli CP anno 2006 emerge che l'incidenza dei costi per beni e servizi rispetto al totale dei costi non imputabili al personale si attesta al 81% mentre per i prodotti farmaceutici ed emoderivati l'incidenza è del 19%. Pertanto il potenziale risparmio si attesta a 18,267 milioni di euro sui beni e servizi ed a 4,285 milioni di euro su farmaci ed emoderivati. Tali entità di risparmio fanno riferimento a dati 2006 ed è pertanto necessario attualizzarne il valore all'anno 2009 applicando il tasso di crescita regionale (CAGR 2006-09) che si attesta al 8,2% per i beni e servizi e al 12,4% per i farmaci ed emoderivati. L'entità di risparmio perseguibili assumono pertanto i valori di seguito illustrati:

Incidenza farmaci ed emoderivati / "altri costi "	19%
Potenziale risparmio farmaci ed emoderivati	4.285
Tasso di crescita farmaci ed emoderivati 2006-09	12,6%
Potenziale risparmio farmaci ed emoderivati attualizzato	6.117
Incidenza beni e servizi / "altri costi"	81%
Potenziale risparmio beni e servizi	18.267
Tasso di crescita beni e servizi 2006-09	8,2%
Potenziale risparmio beni e servizi attualizzato	23.140

In via cautelativa è stato considerato che l'effetto di risparmio sia perseguibile con una temporizzazione sfasata di un anno rispetto all'intervento di riconversione (una riconversione nell'anno "x" porterà effetti di risparmi a partire dall'anno "x+1"). Ipotizzando un andamento delle riconversioni del 25% nel 2010, del 50% nel 2011 e del 25% nel 2012 l'impatto economico dell'intervento si distribuisce come di seguito illustrato.

IMPATTO ECONOMICO INTERVENTO	% perseguimento risparmio x anno			
	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
Δ altri costi	0%	25%	50%	25%
(euro x 1000)				
farmaci ed emoderivati	-	1.529	3.059	1.529
Beni e servizi	-	5.785	11.570	5.785
totale risparmio x singolo anno	-	7.314	14.628	7.314
totale risparmio (cumulato anno)	-	7.314	21.943	29.257

6.4.2 RICONVERSIONE STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE IN LUNGO-ASSISTENZA

In base ad una prima stima del fabbisogno (condotta considerando l'allineamento dei posti letto regionali allo standard nazionale) si è individuato un target di 726 posti letto da convertire in lungoassistenza. Per raggiungere tale target (in attesa di definire il piano dettagliato di ristrutturazione della rete ospedaliera) si è ipotizzato di considerare, per la stima dei potenziali risparmi derivanti da riconversione, n° 8 strutture pubbliche in ordine crescente di posti letto (dalla più piccola alla più grande) a partire dalla 12° struttura in quanto le prime 11 strutture sono state già ipotizzate per la riconversione in Casa della Salute. Le strutture individuate configurano un totale di 693 posti letto da riconvertire.

La quantificazione di massima dei risparmi ottenibili dalle suddette riconversioni è stata stimata considerando la differenza tra i costi attuali "as is" (desunti dai modelli CP per l'anno 2006 che risultano gli ultimi dati completi e disponibili) delle strutture ospedaliere considerate e i costi futuri "to be" ipotizzati per le nuove strutture di lungoassistenza.

Per stimare in prima approssimazione i **costi "to be"** relativi alle strutture di lungo assistenza si è assunto a riferimento il contributo elaborato dal Commissario straordinario ex DPR100 del 24 maggio 2009.

In particolare la stima dei **costi del personale** è stata eseguita considerando la dotazione organica (numero e tipologia dei profili professionali) indicata dal Commissario straordinario ex DPR100 del 24 maggio 2009 per un modulo di lungoassistenza di 20 posti letto e valorizzata al costo medio per profilo professionale ricavato da benchmark nazionali. E' stato inoltre considerato che ciascuna struttura soggetta a riconversione sia dotata di almeno 4 moduli di lungoassistenza.

Per la stima degli **"Altri costi"** (ovvero tutti i costi di produzione non imputabili al personale, agli accantonamenti e ammortamenti) si è attribuito alla configurazione "to be" delle strutture di lungo assistenza una quota di "altri costi" pari al **20%** dei corrispondenti costi della configurazione "as is". L'assunzione di questo parametro consente di pervenire ad una struttura di costo "to be" per la lungoassistenza distribuita tra costi del personale e "altri costi" in ragione del 75 % e del 25%.

Le suddette ipotesi, necessarie a definire in questa fase l'entità economica di massima dell'intervento, potranno essere oggetto di revisione/affinamento in funzione delle effettive scelte relative al mix di attività da svolgere nelle strutture di lungo assistenza e ai futuri approfondimenti sulle caratteristiche organizzative, logistiche e di costo delle strutture che saranno effettivamente individuate ai fini delle riconversioni.

In base alle ipotesi sopra formulate la riduzione dei costi tra l'attuale assetto (8 strutture ospedaliere) e quello futuro si configura come segue:

Riduzione costi tra configurazione AS IS e TO BE	(euro x 1000)
Δ costi personale	76.859
Δ altri costi	32.474
Δ costi totali	109.333

Ai fini della valorizzazione economica dell'intervento di riconversione si prendono in considerazione esclusivamente la riduzione degli "altri costi" che ammonta a 32,4 milioni di euro in quanto gli effetti di risparmio sui costi di personale sono già valutati nell'ambito della manovra complessiva sul personale.

Dall'analisi dei modelli CP anno 2006 emerge che l'incidenza dei costi per beni e servizi rispetto al totale dei costi non imputabili al personale si attesta al 81% mentre per i prodotti farmaceutici ed emoderivati l'incidenza è del 19%. Pertanto il potenziale risparmio si attesta a 26,3 milioni di euro sui beni e servizi ed a 6,1 milioni di euro su farmaci ed emoderivati. Tali entità di risparmio fanno riferimento a dati 2006 ed è pertanto necessario attualizzarne il valore all'anno 2009 applicando il tasso di crescita regionale (CAGR 2006-09) che si attesta al 8,2% per i beni e servizi e al 12,4% per i farmaci ed emoderivati. L'entità di risparmio perseguibili assumono pertanto i valori di seguito illustrati:

Incidenza farmaci ed emoderivati/ altri costi	19%
potenziale risparmio farmaci ed emoderivati	6.170
tasso di crescita farmaci ed emoderivati 2006-08	12,6%
potenziale risparmio farmaci ed emoderivati attualizzato	8.808
Incidenza beni e servizi / tot altri costi	81%
potenziale risparmio beni e servizi	26.304
tasso di crescita farmaci ed emoderivati 2006-08	8,2%
potenziale risparmio beni e servizi attualizzato	33.319

In via cautelativa è stato considerato che l'effetto di risparmio sia perseguibile con una temporizzazione sfasata di un anno rispetto all'intervento di riconversione (una riconversione nell'anno "x" porterà effetti di risparmi a partire dall'anno "x+1"). Ipotizzando un andamento delle riconversioni del 25% nel 2010, del 50% nel 2011 e del 25% nel 2012 l'impatto economico dell'intervento si distribuisce come di seguito illustrato.

IMPATTO ECONOMICO INTERVENTO	% perseguimento risparmio x anno			
	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
altri costi	0%	25%	50%	25%
	euro x 1000			
farmaci ed emoderivati	-	2.202	4.404	2.202
Beni e servizi	-	8.330	16.660	8.330
totale risparmio anno	-	10.532	21.064	10.532
totale risparmio (cumulato anno)	-	10.532	31.596	42.128

6.4.3 RICONVERSIONE STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE IN STRUTTURE DI RIABILITAZIONE

In base ad una prima stima del fabbisogno (condotta considerando l'allineamento dei posti letto regionali allo standard nazionale) si è individuato un target di 599 posti letto da convertire complessivamente in riabilitazione e lungodegenza. Per raggiungere tale target (in attesa di definire il piano dettagliato di ristrutturazione della rete ospedaliera) si è ipotizzato di considerare, per la stima dei potenziali risparmi derivanti da riconversione, n° 5 strutture pubbliche in ordine crescente di posti letto (dalla più piccola alla più grande) a partire dalla 20° struttura in quanto le prime 19 strutture sono state già ipotizzate per le precedenti riconversioni in Casa della Salute e in lungoassistenza; le strutture individuate configurano esattamente un totale di 599 posti letto da riconvertire.

Il fabbisogno regionale complessivo per posti letto di riabilitazione e lungodegenza è pari a 1205 pl; non essendo al momento distinto nel dettaglio il fabbisogno per riabilitazione e lungodegenza si è assunto di distribuire il fabbisogno complessivo secondo la distribuzione media delle regioni non in disavanzo; applicando tali riferimenti al fabbisogno complessivo della Calabria (1205 pl) emerge per la riabilitazione un fabbisogno di 814 pl e per la lungodegenza di 391. Confrontando i suddetti fabbisogni con l'attuale dotazione della regione Calabria (516 pl per riabilitazione e 480 per lungodegenza) emerge che, per soddisfare il fabbisogno complessivo, è necessario convertire complessivamente n° 209 pl di riabilitazione essendo la dotazione di posti letto di lungodegenza già superiore al fabbisogno. Ipotizzando moduli riabilitativi da 20 pl (secondo indicazione contenute nel contributo del Commissario straordinario ex DPR100 del 24 maggio 2009) risultano necessari un totale di 11 moduli.

La quantificazione di massima dei risparmi ottenibili dalle suddette riconversioni è stata stimata considerando la differenza tra i costi attuali "as is" (desunti dai modelli CP per l'anno 2006 che risultano gli ultimi dati completi e disponibili) delle strutture ospedaliere considerate e i costi futuri ("to be") ipotizzati per gli 11 moduli riabilitativi.

Per stimare in prima approssimazione i costi "to be" relativi alle strutture di riabilitazione si è assunto a riferimento il contributo elaborato dal Commissario straordinario ex DPR100 del 24 maggio 2009.

In particolare la stima dei **costi del personale** è stata eseguita considerando la dotazione organica (numero e tipologia dei profili professionali) indicata dal Commissario straordinario ex DPR100 del 24 maggio 2009 per un modulo di riabilitazione di 20 posti letto e valorizzata al costo medio per profilo professionale ricavato da benchmark nazionali.

Per la stima degli **“Altri costi”** (ovvero tutti i costi di produzione non imputabili al personale, agli accantonamenti e ammortamenti) si è attribuito alla configurazione “to be” relativa ai moduli di riabilitazione una quota di “altri costi” pari al 15% dei corrispondenti costi della configurazione AS IS. L’assunzione di questo parametro consente di pervenire ad una struttura di costo “to be” per la casa della Salute distribuita tra costi del personale e “altri costi” in ragione del 75 % e del 25%.

Le suddette ipotesi, necessarie a definire in questa fase l’entità economica di massima dell’intervento, potranno essere oggetto di revisione/affinamento in funzione delle effettive scelte relative al mix di attività da svolgere nelle strutture riabilitative e ai futuri approfondimenti sulle caratteristiche organizzative, logistiche e di costo delle strutture che saranno effettivamente individuate ai fini delle riconversioni.

In base alle ipotesi sopra formulate la riduzione dei costi tra l’attuale assetto (5 strutture ospedaliere) e quello futuro (11 moduli riabilitativi) si configura come segue:

Riduzione costi tra configurazione AS IS e TO BE	(euro x 1000)
Δ costi personale	73.093
Δ altri costi	27.464
Δ costi totali	100.557

Ai fini della valorizzazione economica dell’intervento di riconversione si prendono in considerazione esclusivamente la riduzione degli “altri costi” che ammonta a 27,4 milioni di euro in quanto gli effetti di risparmio sui costi di personale sono già valutati nell’ambito della manovra complessiva sul personale.

Dall’analisi dei modelli CP anno 2006 emerge che l’incidenza dei costi per beni e servizi rispetto al totale dei costi non imputabili al personale si attesta al 81% mentre per i prodotti farmaceutici ed emoderivati l’incidenza è del 19%. Pertanto il potenziale risparmio si attesta a 22,2 milioni di euro sui beni e servizi ed a 5,2 milioni di euro su farmaci ed emoderivati. Tali entità di risparmio fanno riferimento a dati 2006 ed è pertanto necessario attualizzarne il valore all’anno 2009 applicando il tasso di crescita regionale (CAGR 2006-09) che si attesta al 8,2% per i beni e servizi e al 12,4% per i farmaci ed emoderivati. L’entità di risparmio perseguibili assumono pertanto i valori di seguito illustrati:

Incidenza farmaci ed emoderivati/ altri costi	19%
potenziale risparmio farmaci ed emoderivati	5.218
tasso di crescita farmaci ed emoderivati 2006-08	12,6%
potenziale risparmio farmaci ed emoderivati attualizzato	7.449
Incidenza beni e servizi / tot altri costi	81%
potenziale risparmio beni e servizi	22.245
tasso di crescita farmaci ed emoderivati 2006-08	8,2%
potenziale risparmio beni e servizi attualizzato	28.179

In via cautelativa è stato considerato che l'effetto di risparmio sia perseguibile con una temporizzazione sfasata di un anno rispetto all'intervento di riconversione (una riconversione nell'anno "x" porterà effetti di risparmi a partire dall'anno "x+1"). Ipotizzando un andamento delle riconversioni del 25% nel 2010, del 50% nel 2011 e del 25% nel 2012 l'impatto economico dell'intervento si distribuisce come di seguito illustrato.

IMPATTO ECONOMICO INTERVENTO	% perseguimento risparmio x anno			
	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
Personale				
altri costi	0%	25%	50%	25%
	euro x 1000			
farmaci ed emoderivati	-	1.862	3.725	1.862
Beni e servizi	-	7.045	14.089	7.045
totale risparmio anno	-	8.907	17.814	8.907
totale risparmio (cumulato anno)	-	8.907	26.721	35.628

6.4.4 ACQUISTO DA PRIVATO

In base alla prima stima di fabbisogno elaborata sono stati individuati circa 7.000 ricoveri da ridurre sulla componente privata. La valorizzazione di tali ricoveri è stata eseguita, considerando il valore medio della giornata di degenza per ricoveri medici e chirurgici sia ordinari che di day hospital.

L'effetto economico ammonta ad una riduzione della spesa per prestazioni ospedaliere da privato di 43,3 milioni e sarà perseguito nel quadriennio 2010-13 in quota del 25% all'anno.

7 ASSISTENZA TERRITORIALE

L'assistenza sanitaria territoriale comprende le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina generale all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ed ausili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati terminali ai servizi territoriali consultoriali, il SERT, i servizi per la salute mentale e quelli riabilitativi nonché le strutture semiresidenziali e residenziali.

La sfida che l'organizzazione dei servizi territoriali nel distretto oggi deve affrontare è quella di acquisire una capacità di governo della domanda sanitaria e di erogare delle cure primarie appropriate e continuative. Per tale finalità diviene importante sviluppare un'operatività multiprofessionale e coinvolgere in modo diretto, anche strutturale, i MMG, PLS e gli specialisti ambulatoriali, nonché costruire percorsi di integrazione TERRITORIO-OSPEDALE-TERRITORIO.

Il potenziamento dell'attività territoriale diviene la chiave per una qualificazione di tutto il sistema.

Le linee su cui la Regione intende muoversi per la riorganizzazione dei servizi territoriali sono le seguenti:

1. facilitare l'accesso al sistema da parte del cittadino, anche individuando Punti unificati di accesso (PUA), possibilmente integrati con l'offerta sociale che tramite la processualità della Valutazione multidimensionale e del Piano individualizzato di assistenza (PIA), prendano in carico il cittadino fragile. Avviare con la riorganizzazione anche una consistente semplificazione amministrativa che faciliti, nel rispetto delle regole di accesso e fruizione dei servizi, le procedure erogative delle prestazioni. Operativamente il raggiungimento di questo obiettivo e le azioni ad esso collegato devono vedere il massimo di informazione ai cittadini e il coinvolgimento diretto delle parti sociali;
2. individuare un'area forte per la prevenzione e la promozione della salute in modo da integrare agli aspetti dell'igiene pubblica e collettiva anche una cultura che porti all'adozione di nuovi stili di vita.

Le fragilità psichiche possono poi trovare un progressivo approccio comune nella formulazione di un unico dipartimento che affronti le problematiche del disagio mentale e delle dipendenze, naturalmente, con il fondamentale apporto della medicina generale;

3. sviluppare le forme organizzate della medicina generale e creare dei percorsi e servizi integrati con la rete ospedaliera;
4. potenziare le cure domiciliari: generalmente le cure domiciliari sono frammentate in servizi sanitari e sociali, spesso non collegati tra loro e presenti in maniera non omogenea sul territorio. Si rende pertanto necessaria una profonda rielaborazione culturale e organizzativa dell'assistenza

domiciliare, quale intervento privilegiato da mettere in campo in favore delle persone fragili, spesso non autosufficienti o a grave rischio di perdita dell'autosufficienza, con bisogni complessi e necessitanti di offerta personalizzata di servizi nel proprio ambiente familiare. Assistere le persone affette da patologie trattabili a domicilio, mantenendole il più possibile a casa, favorendo il recupero delle capacità residue, supportando i loro familiari, anche attraverso i presidi ed ausili utili a rendere meno gravoso il carico dell'assistenza, rappresenta uno degli obiettivi prioritari per garantire risposte appropriate alla complessità dei bisogni di salute emergenti.

L'elemento unificante delle competenze professionali e delle strutture organizzative operanti nel distretto deve essere costituito dalla definizione di percorsi assistenziali integrati rivolti alle patologie più diffuse. Nel percorso assistenziale il punto di riferimento è il cittadino attorno a cui devono essere organizzate le attività nei diversi stadi di assistenza. Per far questo occorre attivare la leva gestionale non più partendo dalla capacità di offerta ed adeguando ad essa il soddisfacimento dei bisogni di salute, ma modellando l'offerta sulle specificità della domanda. La Regione individua come prioritario e al tempo stesso terreno di sperimentazione dei nuovi modelli organizzativi, la definizione di percorsi assistenziali per pazienti oncologici e per i casi di diabete Mellito tipo 2.

Elemento essenziale per la riorganizzazione dei servizi territoriali diventa il coinvolgimento diretto dei MMG attraverso lo sviluppo della "medicina di iniziativa" e il collegamento operativo diretto con le équipes distrettuale e gli specialisti presenti sul territorio e nell'ospedale. Sono di fatto gli MMG la porta d'accesso dei cittadini al servizio; essi non vanno lasciati soli in questi ruoli e vanno adeguatamente supportati. Solo così, attribuendo ad essi un ruolo attivo nell'organizzazione, si potrà chiedere loro contestualmente una maggiore appropriatezza prescrittiva un maggior controllo e un contributo al contenimento della spesa. Ambiti, questi ultimi che la Regione intende disciplinare, anche attraverso accordi attuativi della convenzione nazionale, istituendo commissioni tecniche di supporto per le azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, attivando un monitoraggio costante dell'attività prescrittiva dei medici, emanando direttive e linee guida in materia.

Per dare equità di accesso ai servizi, in primo luogo la Regione intende completare la rete dei Centri Unici di Prenotazione (CUP) con il massimo livello di decentramento realizzabile e la gestione unificata delle agende dei professionisti anche al fine di monitorare e ridurre i tempi di attesa.

Snodo organizzativo delle attività territoriali sono le case per la salute. Le Linee Guida del Ministero della Salute stabiliscono che la casa della salute è una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie, di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione. La Casa della Salute rappresenta la sede pubblica dove trovano collocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie e sociali. E' luogo

quindi di prevenzione e promozione della salute e del benessere sociale. La Regione ha già predisposto e approvato il progetto relativo alla realizzazione di alcune case della salute, utilizzando alcuni presidi da dismettere e finanziariamente coperto con fondi europei.

La realizzazione poi di percorsi assistenziali integrati, permetterà la presa in carico di alcune cronicità e pertanto una risposta assistenziale più appropriata, ma anche un monitoraggio più attento e puntuale.

A questo fine le ASP saranno chiamate a predisporre specifici piani di sviluppo e monitoraggio di quelle attività che oggi vengono erogate impropriamente in ospedale.

Nel complesso dell'attività specialistica un particolare ruolo hanno le attività dei laboratori di analisi.

La Medicina di Laboratorio è percorsa da tempo da forti spinte al cambiamento sia per i progressi di ordine tecnologico che in conseguenza dell'aumento dei costi correlati.

Le esperienze italiane dell'ultimo decennio sono caratterizzate da ipotesi di riorganizzazione con percorsi progressivi o di radicali trasformazioni, spesso disomogenei da Regione a Regione e talora anche nella stessa Regione.

Il progresso tecnologico e la spinta dei costi, hanno condizionato le attuali indicazioni legislative (art 1, comma 796, lettera o della legge 296/2006) che vanno nella direzione di una consistente riduzione delle strutture sanitarie e alla semplificazione delle aree di riferimento, con un governo in rete dei servizi centrati sul paziente, integrando discipline e servizi in modo da garantire equità, efficacia diagnostica, efficienza economica ed appropriatezza.

I laboratori pubblici presenti nelle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della regione registrano inoltre in ambito assistenziale ulteriori criticità dovute fondamentalmente:

- l'esecuzione degli stessi esami in più strutture, senza un coordinamento complessivo;
- la presenza di Laboratori non corrispondenti alle discipline, sotto la responsabilità anche di Specialisti di altre discipline;
- la mancanza di un piano coordinato di acquisizione delle risorse umane e tecnologiche;
- il ridisegno complessivo del sistema regionale porta alla costituzione di una rete integrata di laboratori aziendale, che bilanci l'equità verso i pazienti con l'eliminazione della duplicazione dei servizi ad alto investimento tecnologico.

Razionale della rete è: creare massa critica unita a flessibilità; formare équipe multidisciplinari in grado di mantenere stretti rapporti con i clinici; condividere protocolli, tecnologia, controlli ed esperienze nei diversi punti della rete; garantire in tutti i presidi ospedalieri, dove viene svolta l'attività chirurgica, le prestazioni diagnostiche di urgenza correlate al grado di complessità della struttura, centralizzando l'attività di routine. La rete favorisce la crescita professionale della forza del lavoro e le opportunità di governo clinico.

Alla rete integrata concorre la rete dei laboratori privati accreditati. Attualmente, specie in talune aree della regione, vi è un eccesso di offerta, con attività privata talora anche di piccole dimensioni non sempre adeguata alla standard qualitativo richiesto. Il processo di razionalizzazione della rete privata dovrà pertanto tendere a favorire una diversa collocazione territoriale dell'offerta e l'utilizzo integrato e sussidiario dei servizi rispetto all'offerta pubblica.

Questi, infatti, per le peculiarità e i processi operativi sempre più automatizzati negli anni sono diventate strutture i cui costi diminuiscono progressivamente in proporzione all'aumento dei volumi. In tale contesto così come avvenuto in diverse regioni italiane, diventa possibile e necessario affrontare da parte delle ASP sulla base di apposite direttive regionali, processi di riorganizzazione dei laboratori pubblici che migliorino gli standard di qualità delle prestazioni e riducano i costi di gestione attraverso una concentrazione delle attività.

Analogo processo deve interessare i laboratori di analisi privata, anche in attuazione della normativa nazionale, emanata al fine di incentivare e facilitare accorpamenti e concentrazioni operative. La regione a questo scopo, in abse alla legge vigente, intende agire sulla leva tariffaria in modo da favorire l'abbassamento dei costi.

Il raggiungimento di adeguati standard di qualità delle prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, soprattutto per i produttori privati passa necessariamente attraverso il completamento della procedura accreditamento. Ciò vuol dire non solo portare a termine le verifiche tecniche già avviate ma anche definire con atto regionale i fabbisogni di prestazione e adeguare ad essi i livelli di offerta.

Per completare la riorganizzazione complessiva dei servizi offerti a livello territoriale occorre predisporre un programma di sviluppo e qualificazione delle attività residenziali e semi residenziali. In questo settore ci sono problemi di non univoca nomenclatura delle diverse tipologie e intensità assistenziali. Ogni Regione ha il suo modello organizzativo e il suo linguaggio.

La Regione comunque intende procedere rapidamente entro 90 giorni ad un approfondimento di analisi sul fabbisogno esistente e sui livelli di offerta, in modo da predisporre un piano regionale parallelo ed integrato con il piano di riconversione e razionalizzazione della rete ospedaliera.

8 ACCREDITAMENTO

La Regione ha recentemente ridefinito la materia, con la Legge regionale 18 luglio 2008, n. 24, che disciplina il sistema delle autorizzazioni, dell'accREDITAMENTO e degli accordi contrattuali.

Ha, anche, adottato il provvedimento di ricognizione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie riconosciute provvisoriamente accreditate (DGR n. 275/2008), che ha disposto il passaggio dall'accREDITAMENTO transitorio a quello provvisorio: "le strutture private – transitoriamente accreditate – di cui alla Legge 724/94, che abbiano ottenuto il provvedimento di rinnovo dell'accREDITAMENTO sono riconosciute «provvisoriamente accreditate» ai sensi della Legge 296/2006 – Finanziaria 2007".

La Regione sta ultimando l'iter di approvazione e pubblicazione dei manuali di autorizzazione e di accREDITAMENTO previsti dalla legge regionale n. 24/08.

Con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 61 del 09 marzo 2009 è stata recepita la proposta di manuale riguardanti i requisiti di qualità, strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'Autorizzazione e l'AccREDITAMENTO delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private (la deliberazione è stata inviata alla Commissione Consiliare competente per acquisire, nuovamente, il previsto parere propedeutico all'adozione del definitivo atto deliberativo). La proposta è stata, recentemente, approvata anche dal Consiglio Regionale. La Delibera di approvazione dovrebbe essere pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione nella settimana dal 7-15 settembre 2009.

I termini concessi alle strutture per l'adeguamento ai nuovi requisiti sono i seguenti:

- 28/02/2010 per i requisiti organizzativi;
- 3 anni per i requisiti strutturali.

La Regione segnala, tuttavia, che sono già state realizzate (per il tramite di un'apposita "Commissione per la verifica dei requisiti" costituita in ogni azienda sanitaria) tutte le verifiche delle strutture private accreditate sulla base di nucleo ristretto di requisiti fissati dal Piano regionale di salute 2004-06.

In merito, la Regione ha anche predisposto un registro delle strutture private accreditate per tutte le tipologie di prestazioni e un registro delle attività sanitarie erogate presso le strutture pubbliche. Il registro rappresenta una fotografia dello stato attuale dei servizi erogati, condizione necessaria per procedere agli accREDITAMENTI delle strutture pubbliche.

Attualmente tutte le strutture private hanno ottenuto l'accREDITAMENTO di tipo provvisorio; nella fase attuale e sempre sulla base dei requisiti fissati dal Piano regionale di salute 2004-2006, la Regione sta provvedendo anche al rilascio dell'accREDITAMENTO definitivo.

9 RIQUALIFICAZIONE DEL PERSONALE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Un primo elemento da affrontare per la qualificazione delle prestazioni erogate dai servizi è quello relativo alle variabili organizzative e comportamentali in grado di produrre errori o eventi avversi nei confronti dei pazienti trattati. Al fine della riduzione degli eventi avversi la Regione opererà al fine di rafforzando le strutture competenti per il rischio clinico e la sicurezza del paziente già create.

La Regione si attiverà per garantire in ogni ASP e a livello regionale la costituzione e il funzionamento degli organismi del Governo clinico previsti dalla legge (Consiglio sanitario regionale, Collegi di direzione, Consiglio dei sanitari, Dipartimenti).

Il miglioramento della qualità dell'assistenza deve diventare patrimonio culturale comune a tutto il personale sanitario e obiettivo di tutti, da perseguire attraverso processi valutativi, processi formativi, il continuo confronto multiprofessionale.

Un primo urgente terreno su cui la funzione di Governo clinico dovrà misurarsi sarà quello della predisposizione e attivazione di un indispensabile piano di formazione del personale.

La formazione si configura, nell'ambito dell'attuale quadro regionale, quale leva strategica a supporto dei cambiamenti culturali, gestionali e organizzativi. Da ciò la necessità di predisporre un piano di formazione focalizzato su azioni capaci di avviare integrazioni e relazioni intersettoriali e di vincere la sfida di coniugare l'efficienza gestionale con la qualità delle cure. Le proposte di attività formativa dovranno essere caratterizzate da interventi sul campo, in grado di modificare i comportamenti professionali la cui selezione può derivare solo dall'analisi delle prove di efficacia, dal contesto e dalle attitudini dei professionisti.

Il Piano di formazione dovrà individuare una serie di obiettivi generali e strategici da specificarsi attraverso piani formativi aziendali. Le aree di interesse principali dovranno riguardare:

- definizione di percorsi formativi del personale sanitario ed amministrativo volti ad incrementare la professionalità e la conoscenza dei nuovi processi introdotti;
- stage formativi del personale presso strutture organizzative di altre Regioni per l'acquisizione di nuove conoscenze e la condivisione delle esperienze;
- definizione di percorsi formativi volti al miglioramento del clima organizzativo ed allo sviluppo del sistema/servizio;

- definizione di progetti formativi che vedano l'operatività integrata di professionalità diverse e di personale appartenente ad istituzioni differenti;
- definizione di specifiche iniziative formative relative a nuovi processi operativi e nuovi modelli organizzativi volti a facilitarne l'implementazione;
- definizione di iniziative formative volte ad acquisire capacità relazionali del personale con l'utenza per migliorare il livello di conoscenza, informazione ed accoglienza del cittadino.

10 EMERGENZA-URGENZA

A seguito dell'emanazione del DPR 27 marzo 1992 (Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza, G.U. n. 76 del 31/3/92), si è assistito ad una radicale trasformazione dei Servizi di emergenza, nel tentativo di sviluppare il passaggio dalla tradizionale offerta di prestazioni, sia territoriali che ospedaliere, ad un vero e proprio "Sistema di Emergenza" che vede i diversi elementi coinvolti, Pronto Soccorso (P.S.), Dipartimenti di Emergenza-urgenza e Accettazione (D.E.A.), Centrali Operative 118 (C.O.118 tra loro integrati e cooperanti nel raggiungimento di un obiettivo comune: garantire l'omogeneità e la continuità degli interventi assistenziali effettuati in situazioni di emergenza/urgenza.

Il Sistema territoriale 118 e il P.S./D.E.A. sono le componenti essenziali del complesso Sistema dell'emergenza sanitaria.

Il Sistema territoriale 118 opera nella fase di "allarme" garantendo il coordinamento delle attività di soccorso per assicurare, 24 ore al giorno, l'intervento più appropriato nel più breve tempo possibile, in ogni punto del territorio, assicurando il tempestivo trasporto del paziente alla struttura più appropriata.

Il P.S./D.E.A. opera nella fase di "risposta", per garantire l'assistenza necessaria attraverso l'inquadramento diagnostico del paziente, l'adozione di provvedimenti terapeutici adeguati, l'osservazione clinica, l'eventuale ricovero del paziente.

Tutto il sistema mostra in molti aspetti obsolescenza, diseconomicità, scarsa efficienza, che richiedono una rivisitazione complessiva. (PSR approvato dalla Giunta).

La rete preospedaliera di assistenza al trauma è gestita dal Servizio emergenza territoriale 118. Esso è costituito da n. 5 Centrali Operative: Cosenza, Catanzaro, Crotone, Vibo Valentia e Reggio Calabria e da n. 50 postazioni PET dislocate su ogni territorio provinciale e coordinate dalla corrispondente Centrale Operativa.

Per quanto riguarda il sistema 118 l'analisi per macroaree evidenzia che c'è una netta prevalenza dell'attribuzione dei codici gialli, circa 50% con una attribuzione di codici rossi che supera il 20%. Tale sovrastima, pur garantendo l'efficacia del sistema presenta un notevole margine di miglioramento ai fini della necessaria razionalizzazione. (Percentuale codici di gravità assegnati dalle C.O.118 agli interventi effettuati - rilevazione nazionale 2006 - Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali).

Le Centrali Operative per garantire un'efficace gestione del soccorso, nel più breve tempo possibile, devono disporre di mezzi di soccorso, distribuiti in modo strategico sul territorio di competenza e adeguati al tipo di intervento.

Ulteriori elementi di razionalizzazione provengono da una più corretta distribuzione delle postazioni di soccorso con medico a bordo, riorganizzando parallelamente il servizio di Guardia Medica e di continuità assistenziale (che conta 335 postazioni con un totale di 1340 medici) in funzione di una più razionale ed appropriata rete ospedaliera dell'emergenza.

La scelta di utilizzare l'elisoccorso viene effettuata quando l'intervento con il mezzo aereo risulta essere il più idoneo come risposta ad un codice di valutazione. La disponibilità di un elicottero di soccorso permette di trasportare un'équipe altamente specializzata in luoghi distanti nei quali i mezzi medicalizzati impiegherebbero molto tempo e permette di ricoverare il paziente critico nell'ospedale idoneo con minore disagio per il paziente.

Tuttavia anche in questo ambito è utile prevedere una diversa organizzazione che passi attraverso un coordinamento regionale ed una più puntuale ed appropriata utilizzazione. Presupposto essenziale alla fruibilità delle potenzialità delle Centrali Operative è l'innescio di un processo di razionalizzazione della rete ospedaliera e dei Pronto Soccorso.

E' necessario superare il concetto di trasporto sempre e comunque del paziente al P.S. più vicino con quello di trasporto assistito al pronto soccorso più idoneo per intervenire nel modo più rapido e razionale nell'iter diagnostico-terapeutico.

Nonostante l'importanza del ruolo svolto e dalle cospicue risorse utilizzate in termini di uomini, mezzi e strutture, il Sistema dell'Emergenza-urgenza si presenta ancora frazionato nei singoli ambiti, frequentemente tra loro non coordinati, e risulta essere utilizzato spesso in modo inappropriato. Basti pensare come, nel corso degli anni la numerosità degli accessi al Pronto Soccorso sia progressivamente aumentata, determinando spesso situazioni di sovraffollamento delle strutture e disagi per gli utenti. L'inappropriatezza risulta evidente ove si consideri che solo ad una ridotta proporzione degli accessi in PS segue il ricovero, ed una elevata proporzione di casi presenta problemi non gravi o urgenti, trattabili in modo efficace in altre strutture.

Bisogna evitare la proliferazione di strutture complesse e costose che, qualora presenti, devono essere utilizzate al massimo del rendimento, e non solo saltuariamente, in modo da impedire spreco di mezzi sofisticati e di personale qualificato.

E' necessario, pertanto, al fine di rendere più razionale l'attività dei Servizi di Pronto Soccorso e ridurre le inapproprietezze legate agli accessi, rimodulare l'organizzazione relativa all'accoglimento degli utenti al Pronto Soccorso.

Laddove non ancora in atto si impone la applicazione del Sistema "Triage", quale strumento organizzativo rivolto al governo degli accessi non programmati ad un servizio per acuti uniformando i sistemi di risposta all'emergenza-urgenza ai criteri generali contenuti nelle Linee guida emanate dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 25 ottobre 2001, in tema di triage (Accordo Stato Regioni del 25 ottobre 2001-G.U. del 7 dicembre 2001, n. 285).

Creare raccordi con la medicina di base, anche attraverso la eventuale utilizzazione dei Medici della continuità assistenziale che non risultino utilizzati a seguito della riduzione dei presidi di continuità assistenziale sul territorio, con funzioni di assistenza ai pazienti non soggetti a ricovero.

Lo strumento ritenuto necessario per ridurre ricoveri e dimissioni improprie è rappresentato dall'Osservazione Breve Intensiva (OBI), funzione che va differenziata da quella del reparto di Medicina d'Urgenza. L'OBI è un'area, possibilmente adiacente al Pronto Soccorso, ove i pazienti possono sostare in attesa della definizione diagnostica e per un'ulteriore osservazione clinica intensiva, di norma per non più di 24 ore. La permanenza in OBI a cui non segue il ricovero (di norma nel 70-80% dei pazienti osservati) deve essere rimborsata in quota prestabilita o a prestazione.

Oggetto di particolare attenzione è la formazione degli operatori, in origine non uniforme, e nel cui ambito devono essere fatti notevoli progressi rispetto alla omogeneizzazione e al livello di qualità, mettendo in capo all'Ente Regione la certificazione, formazione ed aggiornamento del personale.

Altro obiettivo è migliorare l'effettivo funzionamento delle reti integrate per le patologie acute ad alta complessità assistenziale quale la rete per la patologia cardiovascolare, cerebro-vascolare, traumatologica, in armonia con la rete dei D.E.A. e con l'utilizzo delle moderne tecnologie di trasmissione dati e immagini.

La priorità assoluta è sicuramente la completa integrazione tra D.E.A. e Sistema territoriale 118 al fine di garantire la continuità dell'assistenza che passa anche attraverso la inutile e pericolosa allocazione di pazienti critici in strutture inadeguate.

Appare infatti evidente che gran parte dell'attività effettuata dai servizi di Pronto Soccorso potrebbe essere demandata a funzioni assistenziali che non interessano l'area dell'emergenza,

con una forte riduzione dei costi di esercizio dell'attività ospedaliera, e con la conversione di molti presidi verso strutture dedicate alla continuità assistenziale.

In sintesi, una corretta riorganizzazione della rete della emergenza ospedaliera passa attraverso una più razionale presenza della rete territoriale del 118, che garantisce la tempestiva stabilizzazione dei pazienti critici di quel determinato territorio e la conseguente allocazione alla sede più idonea per il trattamento definitivo, in armonia con una efficiente ed equilibrata rete per le patologie complesse.

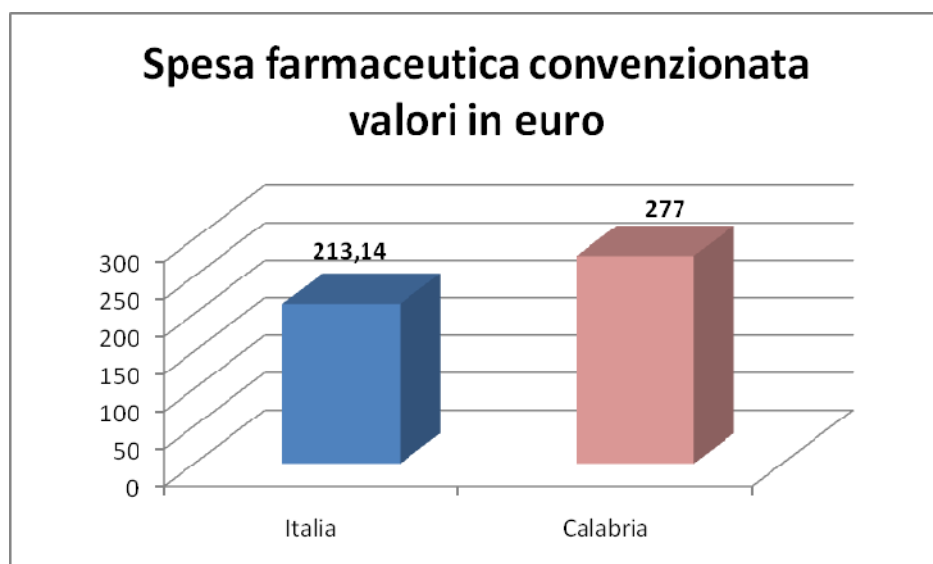
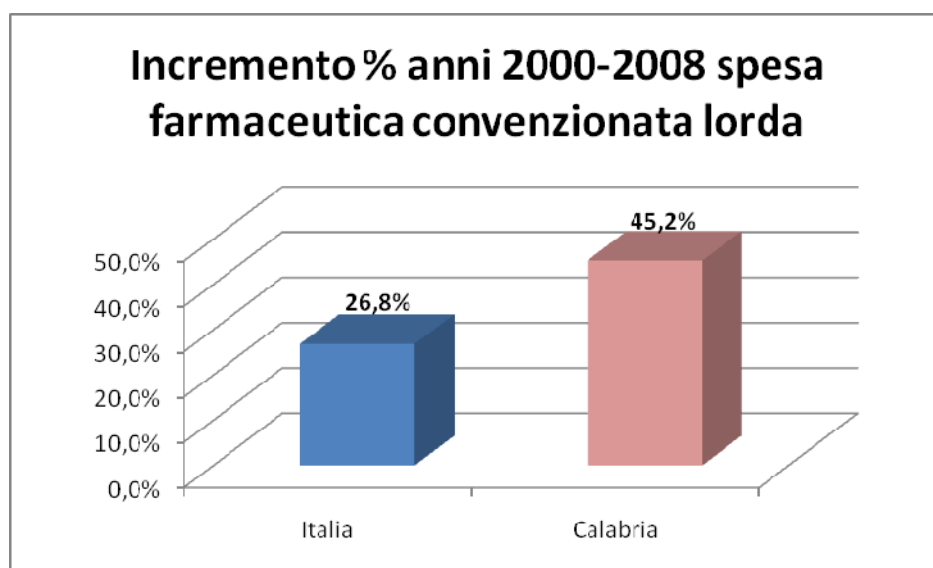
Elemento non da trascurare è il ruolo fondamentale svolto dal Sistema dell'emergenza nella prevenzione ed educazione della popolazione, sia per quanto riguarda il corretto accesso ai servizi che per quanto attiene alla prevenzione di alcuni eventi patologici ad alta diffusione, come i traumi della strada o gli incidenti domestici.

Ulteriori indicazioni di programmazione potranno essere fornite nel momento in cui il sistema di acquisizione dei dati, previsto dal D.M. 17 dicembre 2008 "istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza" (GU n. 9 del 13 gennaio 2009), andrà a regime.

11 POLITICHE DEL FARMACO

La spesa farmaceutica convenzionata lorda, nel periodo 2000-2008, in Italia ha subito un incremento pari al 26,8 % passando dai 10.036 milioni di euro del 2000 ai 12.730 milioni del 2008.

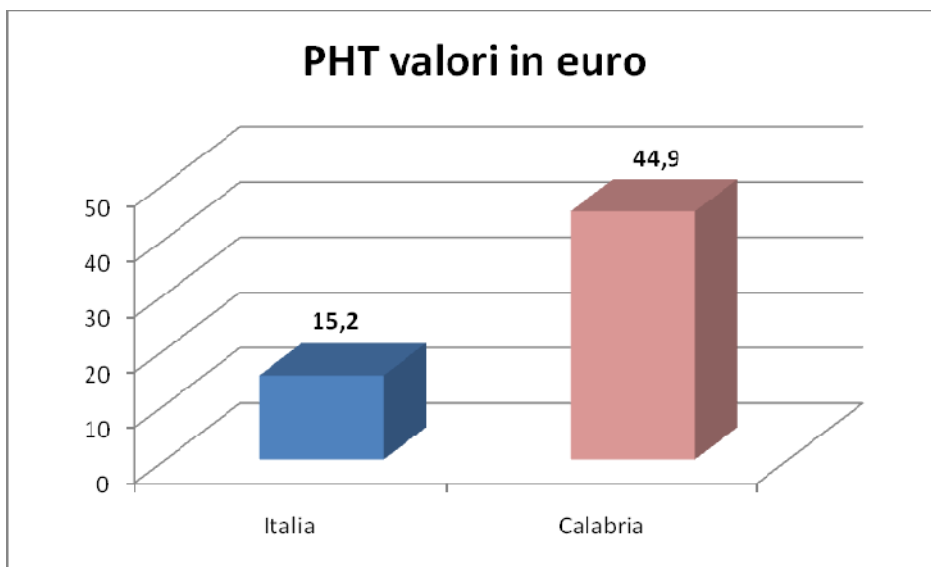
Nella Regione Calabria, nello stesso periodo l'incremento è stato pari al 45,2 % passando dai 368,02 milioni del 2000 ai 534,55 milioni del 2008.



Sempre nel periodo 2000-2008 l'incremento del numero delle ricette in Calabria (+ 74%) è stato di gran lunga superiore alla media nazionale (+56,7%) mentre il costo medio per ricetta in Calabria ha subito una contrazione del - 16,5 % a fronte di una riduzione a livello nazionale del -19,5 %.

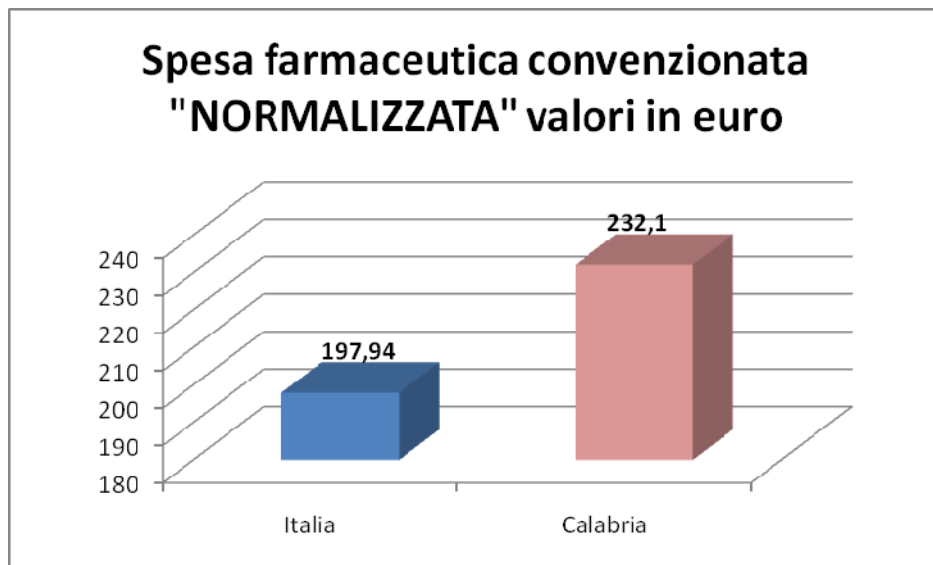
In termini di spesa procapite ciò ha comportato che nell'anno 2000 la Regione Calabria aveva una spesa procapite per popolazione pesata pari a 189,6 euro a fronte di una spesa procapite nazionale di 174,2 (+8,8 %) mentre nell'anno 2008 la spesa procapite nella regione (271,18) è superiore a quella media nazionale (219,92) di oltre il 23 %.

Il confronto di cui sopra non tiene conto delle diversità che a livello nazionale si sono venute a creare con l'introduzione del Prontuario per la continuità assistenziale (PHT) (G.U. 259 del 4 novembre 2004). Infatti mentre alcune regioni si sono dotate di strumenti per la distribuzione diretta o "per conto" dei farmaci ricompresi nel suddetto PHT altre regioni hanno continuato ad erogare detti farmaci in regime convenzionale attraverso le farmacie.



Dal rapporto Nazionale 2008 "L'uso dei farmaci in Italia" (tavola B.15) si rileva che i farmaci ricompresi nel cosiddetto PHT incidono sulla spesa farmaceutica convenzionata del 2008, a livello procapite, in maniera molto variabile. Infatti, a fronte di una media nazionale pari a 15,2 euro si rilevano valori inferiori a 4 euro in regioni come Toscana, Marche, Emilia Romagna, Umbria e valori superiori a 20 euro nelle regioni Lombardia Lazio, Calabria e Sicilia.

Per fare un confronto omogeneo della spesa farmaceutica fra le regioni occorre "normalizzare" il dato. Un modo per "normalizzare" il dato potrebbe essere quello di scorporare dalla spesa farmaceutica convenzionata il valore dei farmaci del PHT.



Da tale operazione emerge che nel 2008, a livello nazionale, la spesa farmaceutica convenzionata lorda procapite è stata pari a 198,2 euro (213,14- 15,2) mentre nella regione Calabria detta spesa è stata pari a euro 232,1 (277,0-44,9), superiore alla media nazionale procapite di 33,9 euro in termini assoluti pari al 17 % in termini percentuali.

Dall'analisi della spesa farmaceutica convenzionata dell'anno 2008 emerge che la regione Calabria ha un numero di ricette procapite annuo (12,43) molto superiore (+30%) rispetto alla media nazionale che è pari a 9,55. Questo dato ovviamente risente anche del fatto che, contrariamente alle altre regioni, dove i farmaci del PHT vengono distribuiti direttamente o tramite DPC, nella regione Calabria vengono distribuiti in regime convenzionale. In assenza di un dato certo circa l'incidenza del numero di ricette è difficile ipotizzare una normalizzazione così come fatto per la spesa. Si può comunque ipotizzare, dal momento che il costo medio per confezione dei farmaci in PHT è valutabile in 60-70 euro, l'incidenza, sul numero di ricette procapite dovuta ai farmaci del PHT sia pari a 0,3 ricette procapite. Pur correggendo il numero delle ricette procapite con il dato di cui sopra (12,43- 0,3= 12,13) la differenza con il numero ricette procapite resta molto elevata (+ 27 %).

Tutto ciò porta a dimostrare che l'elevata spesa oltre ad essere causata dalla mancata erogazione diretta dei farmaci del PHT è dovuta anche ad una forte medicalizzazione.

11.1 OBIETTIVI OPERATIVI

Pertanto gli interventi da mettere in atto devono andare su due direzioni ovvero:

- 1) un controllo accurato della "medicalizzazione" degli assistiti;
- 2) una ricerca di soluzioni più economiche per l'erogazione dei medicinali agli assistiti.

Riguardo al primo punto la regione attraverso un'intesa con il MEF e SOGEI dovrebbe mettere in atto uno strumento di analisi mensile della spesa farmaceutica attraverso l'elaborazione di schede riepilogative, per singolo medico, dell'attività prescrittiva dello stesso con appositi riferimenti rispetto alla media aziendale e alla media regionale che dovrebbero essere messe a disposizione della Azienda USL di competenza e del singolo medico . Le direzioni Generali delle aziende sanitarie dovrebbero convocare mensilmente quei medici che superano in modo evidente i parametri medi aziendali e regionali.

Ancora, sempre attraverso un accordo con il MEF e SOGEI dovrebbero essere predisposte per l'anno 2008, su base aziendale, delle analisi sul numero di confezioni di medicinali ritirate da ogni assistito. Per gli assistiti che hanno ritirato un numero di confezioni superiore ad un certo tetto (60-80 confezioni in un anno) le aziende USL dovrebbero essere incaricate, nei modi ritenuti più opportuni, di valutare la congruità delle prescrizioni e attivare, nei casi ritenuti dubbi le opportune procedure di verifica.

Per l'anno 2009 le procedure di cui sopra dovrebbero avere una cadenza semestrale.

Riguardo al punto numero due la Regione dovrebbe attivare da una procedura di erogazione in dimissione di tutti i farmaci ritenuti necessari per il proseguimento domiciliare della terapia. Limitatamente ai farmaci del PHT la regione dovrebbe ricercare con le associazioni sindacali delle farmacie un'intesa per l'erogazione "per conto" di detti medicinali . Intese di questo genere sono in essere in molte regioni e prevedono una remunerazione della prestazione farmaceutica alla farmacia che oscilla fra 4 e i 6 euro a confezione. Dall'analisi dei dati emerge che per i farmaci presenti nel PHT la Regione Calabria nell'anno 2008 ha sostenuto una spesa di circa 80 milioni di euro in regime convenzionale, se tali farmaci fossero stati erogati attraverso canali alternativi (distribuzione diretta o distribuzione per conto) si può stimare che ci sarebbe stato un risparmio quantificabile in circa 30 milioni di euro.

Ancora la regione dovrebbe disciplinare l'ossigenoterapia domiciliare. Nell'anno 2008 il fatturato delle farmacie per l'ossigeno sia liquido che gassoso è stato pari a circa 16 milioni di euro. Occorre considerare che la stipula di contratti , previa gara, con le ditte fornitrici autorizzate può dimezzare il costo dell'ossigeno garantendo al paziente una migliore prestazione. Pertanto sarebbe necessario adottare strumenti amministrativi per attivare le procedure di cui sopra.

Ancora sarebbe necessario effettuare una verifica, a livello regionale dei prezzi dei farmaci acquistati direttamente dalle USL della regione e confrontare detti prezzi con i dati medi nazionali rilevabili dai dati della "tracciabilità" disponibili presso il Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali. Da una sommaria verifica di detti dati per esempio risulterebbe che il costo del vaccini HPV in

Calabria sia di circa 90 euro a confezione mentre nelle ultime gare espletate in altre regioni l'aggiudicazioni oscillano intorno ai 50 euro.

11.2 CONCLUSIONI

Un'ipotesi circa la quantizzazione dei risultati economici delle indicazioni sopra riportate può essere la seguente:

- a) azioni di controllo sulla "medicalizzazione degli assistiti" Considerato che l'alta variabilità fra le aziende sanitarie della Regione sia in termini di numero delle ricette che di spesa procapite è ragionevole immaginare che i provvedimenti possano portare una riduzione del numero delle ricette di una quota non inferiore al 5% che tradotto in termini economici dovrebbe equivalere a circa 25 milioni di euro su base annua;
- b) azioni di controllo sulla iperprescrizione. Le azioni di monitoraggio sulle attività di iperprescrizione, attraverso il rafforzamento dei controlli centrali e locali e l'implementazione dei sistemi informativi a supporto continuate nei periodi successivi devono portare ad un risparmio stimato 15 euro/milioni per gli anni 2011 e 2012;
- c) erogazione diretta e "per conto" dei farmaci da questa operazione è possibile attendere una minore spesa pari a 30 milioni di euro su base annua;
- d) ossigenoterapia L'economie derivanti da questa operazione possono essere valutate in circa 7 milioni di euro su base annua.

Infine occorre considerare che la delibera della Giunta Regionale della Calabria 247 del 5 maggio 2009 che ha modificato la quota di partecipazione alla spesa farmaceutica da parte del cittadino ha fatto sì che nel mese di luglio 2009 l'incidenza di detta quota di partecipazione è stata pari a 3.711.000 euro a fronte di 1.020.000 dello stesso periodo dell'anno 2008 con un incremento del 260 %. Senza considerare l'azione di calmierare i consumi (nel mese di giugno, primo mese effettivo di vigenza del provvedimento il numero delle ricette in Calabria ha subito una riduzione del -5 % a fronte di un incremento medio nazionale del 6,7 %) nel 2009 il provvedimento produrrà un risparmio a livello regionale pari a circa 15 milioni di euro.

11.3 IMPATTI ECONOMICI DERIVANTI DALLE MANOVRE SULLA POLITICA DEL FARMACO

Tenuto conto delle analisi effettuate e degli interventi gli impatti economici possono riassumersi in:

- azioni di controllo sulla medicalizzazione degli assistiti con un risparmio previsto di 25 €/mln tra il 2010 e il 2011;
- azioni di controllo sulla iperprescrizione con un risparmio di 15 euro milioni per gli anni 2011 e 2012;
- trasferimento in erogazione diretta di farmaci con un risparmio sulla farmaceutica convenzionata di 30 €/mln nel 2010;
- distribuzione diretta dell'ossigeno terapeutico con un risparmio di 7 €/mln nel 2010;
- introduzione del ticket che è previsto portare un risparmio netto di 15 €/mln euro per l'anno 2009.

L'incremento di costo determinato dal trasferimento alla distribuzione diretta è stato valorizzato pari al 70% del risparmio relativo alla farmaceutica convenzionata. Nella tabella di sintesi sono pertanto riportati, sia i valori di risparmio a seguito delle previste azioni che il relativo aumento dei costi nella voce "acquisto di prodotti farmaceutici ed emoderivati".

	ANNO 2009	ANNO 2010	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013
Introduzione del ticket	- 15.000		-		
Azioni di controllo su medicalizzazione degli assistiti		- 20.000	- 5.000		
Azioni di controllo iperprescrittori			- 15.000	- 15.000	
Trasferimento in erogazione diretta dei farmaci		- 30.000		-	-
Distribuzione diretta dell'ossigeno terapeutico		- 7.000			
Effetto contenimento tasso di crescita farmaceutica convenzionata	-	-	- 10.940	3.939	3.748
Totale Manovra	- 15.000	- 57.000	- 30.940	- 11.061	3.748

	ANNO 2009	ANNO 2010	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013
Incremento per spostamento in distribuzione diretta		- 25.900			

12 ACQUISTI BENI E SERVIZI

Gli interventi che la Regione intende adottare sono:

- definizione e relativo monitoraggio di budget di spesa per le voci di acquisto più critiche da assegnare a livello aziendale in allineamento con i piani di ristrutturazione e riconversione della rete di assistenza;
- effettuazione degli acquisti in forma aggregata;
 - Già con legge regionale n. 9/2007, si è proceduto ad accorpate le Aziende Sanitarie, facendone coincidere il bacino di competenza con i rispettivi territori provinciali, così riducendone il numero, da 11 a 5. Questo ha già necessariamente comportato l'unificazione delle procedure di acquisizione di beni e servizi, cui si sta procedendo, con gradualità, alla scadenza naturale dei contratti in atto.
- implementazione di piattaforme di e-procurement;
- realizzazione di un osservatorio di prezzi e di sistemi di benchmarking;
- attivazione di una struttura di supporto e controllo regionale per lo smistamento delle informazioni, la verifica dei contratti prorogati o scaduti e quant'altro necessiti all'attività aziendale.

Queste prime quattro azioni possono essere demandate immediatamente alla Stazione unica appaltante.

La Stazione unica appaltante, istituita con legge regionale 7 dicembre 2007 n. 26, è un'esperienza unica, per trasparenza, efficienza ed efficacia.

Essa ha la funzione di eseguire le procedure di appalto in forma aggregata, in sostituzione delle varie stazioni appaltanti operanti per conto della Regione Calabria al fine di garantirne la massima qualificazione professionale ed indipendenza.

La Giunta regionale, con la deliberazione n. 142/2009, ha già approvato il regolamento di organizzazione dell'organismo, prevedendo che "nell'ambito dell'attivazione progressiva della SUA, è data priorità alle procedure riguardanti forniture per gli enti del servizio sanitario regionale", dando nel contempo indirizzo affinché si realizzino, in tempi rapidi ed in sinergia con il Dipartimento regionale Tutela della salute, le seguenti azioni:

- vigilanza sulla correttezza, trasparenza efficienza ed efficacia nell'applicazione delle norme sui contratti pubblici;

- effettuazione di acquisti in forma aggregata operando come centrale di acquisto ovvero come centrale di committenza anche attraverso la stipula di appositi contratti quadro;
- creazione di un osservatorio prezzi, nonché di validi sistemi di benchmarking;
- implementazione di piattaforme di e-procurement, per le ipotesi di esonero dall'obbligo di ricorrere la stazione unica appaltante.

L'atto deliberativo permette quindi all'organismo di operare nel campo degli acquisti in sanità, secondo le sue finalità istituzionali; la S.U.A., infatti, affronta direttamente uno dei punti principali di possibile razionalizzazione e risparmio e s'integra nelle azioni volte al superamento delle problematiche della sanità calabrese. E' evidente come l'attivazione di una struttura centralizzata di controllo sui contratti relativi ai servizi e alle forniture necessarie al funzionamento del sistema sanitario potrà consentire non solo la razionalizzazione della spesa e la verifica di eventuali sprechi di risorse dovuti ad eventuali malfunzionamento dei meccanismi interni al sistema o ai singoli sistemi aziendali, ma anche e soprattutto, l'acquisizione di beni e servizi a prezzi di mercato inferiori a quelli ottenibili, in ordine sparso, dalle singole Aziende.

Con successiva deliberazione n. 188/2009, la Giunta regionale ha approvato le linee guida per le Amministrazioni aggiudicatrici della Regione Calabria, ai fini del rilascio del certificato di attestazione, secondo la norma UNI 10943.

La Stazione Unica Appaltante ha già avviato l'attività ed ha indetto, a livello sperimentale, la prima gara riguardante la fornitura di vaccini antinfluenzali per la campagna 2009.

Il Dipartimento Tutela della salute, in relazione a quanto previsto nella deliberazione della Giunta regionale 31 marzo 2009, n. 140, ha previsto l'acquisto in forma aggregata delle seguenti categorie merceologiche:

- farmaci
- vaccini
- soluzioni infusionali
- disinfettanti
- deflussori flebo
- set chirurgici monouso
- mascherine
- guanti chirurgici

- siringhe
- fili di sutura
- suture mono uso
- garze
- cerotti
- medicazioni speciali
- sonde e cateteri
- reti chirurgiche
- stent coronarici
- pace makers
- defibrillatori impiantabili
- endoprotesi vascolari
- endoprotesi ortopediche
- lentine intraoculari
- materiale laparoscopia

Sono in corso gli adempimenti preliminari per:

- la rilevazione dei fabbisogni delle aziende sanitarie ed ospedaliere;
- predisposizione dei capitolati.

Nel terzo trimestre del corrente anno saranno indette le gare per l'acquisto in forma aggregata della maggior parte delle categorie merceologiche sopra indicate e nel 2010 saranno interessate altre categorie merceologiche.

Il ricorso alla SUA è obbligatorio, per come previsto dalla legge regionale n. 26/2007, è obbligatorio per tutte le forniture, servizi e lavori.

Gli enti del servizio sanitario regionale sono obbligati a far ricorso alla SUA quando il valore lordo del contratto, IVA ed oneri per la sicurezza inclusi, sia superiore ai seguenti importi:

- euro150.000 (centocinquantamila) per contratti di lavori;
- euro 20.000 (ventimila) per contratti di servizi o di forniture;
- euro 20.000 (ventimila) per contratti misti di servizi e forniture;

- euro 75.000 (settantacinquemila) per contratti misti di lavori e servizi e/o forniture.

Da esperienze analoghe che si sono realizzate negli ultimi anni in Italia ¹ i benefici attesi dalla centralizzazione degli acquisti pubblici in sanità hanno un impatto di carattere economico ed un impatto di carattere organizzativo,

L'impatto economico-finanziario determina una riduzione nel costo di acquisto di beni e servizi sfruttando economie di scala con la creazione di un potere di mercato superiore con l'aggregazione della domanda. Alcuni studi effettuati nel settore sanitario hanno evidenziato risparmi nei primi anni di gestione tra il 5% e il 15% (Johnson 1999); significativo quando il sistema sarà a regime potrà essere la riduzione dei costi di transazione (costi amministrativi).

L'impatto organizzativo può determinare una riduzione del personale dedicato alla gestione della funzione. L'accentramento, infatti, coinvolge tutte le attività del ciclo degli acquisti (definizione del fabbisogno, predisposizione della documentazione di gara, espletamento delle procedure di gara, gestione del contratto, ricezione e stoccaggio della merce, pagamento delle fatture), ad eccezione della programmazione e dell'effettuazione dell'ordine, che rimane prerogativa degli enti membri, in quanto correlate direttamente all'attività di produzione.

Gli effetti dell'impatto di carattere economico si potrà avere solo a decorrere dall'anno 2010 in quanto le prime forniture i bei e servizi con le gare centralizzate potranno avvenire nei primi mesi del prossimo anno per quelle aziende che hanno non hanno contratti essere per essere generalizzato alla scadenza degli attuali contratti.

La quantificazione dell'impatto economico, in assenza di esperienze dirette deve essere necessariamente tener conto di esperienze simili già avviate in Italia negli ultimi anni e può essere quantificato nell'ordine del 7 cento per il primo anno e di un ulteriore tre per cento per i successivi due anni, rispetto ai prezzi effettivamente offerti nelle precedenti gare, oltre alla riduzione dei costi amministrativi di strutturazione e gestione per la diminuzione del numero assoluto di gare espletate per singola azienda.

I costi sostenuti per l'acquisto di forniture e servizi dalle aziende sanitarie ed ospedaliere del servizio sanitario regionale nell'anno 2008 sono stati di circa € 472.000.000; la riduzione dei costi è indicata nelle seguenti tabelle.

¹ Brusoni M. e Marsilio M. (2007) *“La gestione centralizzata degli approvvigionamenti nei sistemi sanitari regionali”* in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), rapporto OASI. *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Milano, Egea.*

Brusoni M., Capellaro G. e Marsilio M. (2008) *“Processi di accentramento degli approvvigionamenti in sanità: una prima analisi di impatto”* in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), rapporto OASI. *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Milano, Egea.*

Tabella 2 - Riduzione costi stimati per l'acquisto di beni e servizi - Anni 2010-2012

Riduzione costo Anno 2010	23.612
Riduzione costo Anno 2011	14.167
Riduzione costo Anno 2012	14.167
TOTALE	51.945

Sulla base delle suddette azioni e attraverso il rafforzamento del monitoraggio la regione dovrà vincolare la crescita della spesa per beni e servizi allineandola ad una crescita di massimo 3% all'anno al fine di garantire il raggiungimento dei valori riportati nella seguente tabella:

	ANNO 2009	ANNO 2010	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013
Manovra per allineamento crescita beni e servizi a media nazionale a seguito della centralizzazione acquisti/ controlli e monitoraggio	-	32.748	40.019	49.842	62.831

12.1 MANOVRE DI ALLINEAMENTO DI CRESCITA

Elemento fondamentale per i raggiungimenti degli obiettivi prefissati deve essere il monitoraggio costante dei tassi di crescita dei costi portandoli all'interno dei parametri nazionali. La Calabria ha infatti sempre avuto degli incrementi di spesa maggiori di quelli che invece si registravano a livello nazionale. Pertanto, anche nelle voci per le quali non è prevista una manovra diretta, i sistemi di verifica e controllo devono essere principalmente rivolti al loro contenimento attraverso l'implementazione di specifiche procedure di budgeting e di monitoraggio costante a livello centrale e aziendale. Tale azioni sono poi concentrate nelle voci di altre prestazioni da privato che hanno presentato avuto un trend di crescita per il triennio 2005 – 2008 del 16,6% annuo. Tali manovre apportano un effetto di risparmio annuo come riportato in tabella.

	ANNO 2009	ANNO 2010	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013
<i>Altre allineanti di crescita</i>	52.941	133.165	58.794	84.636	96.904

13 POLITICHE DEL PERSONALE

L'analisi dei dati di Conto Economico 2006 evidenzia per la Calabria un'incidenza del costo del personale pari a 39,2% del totale costi di produzione mentre l'equivalente valore medio nazionale si attesta al 33,1%. Appare quindi evidente che sia per entità complessiva della spesa (1.254 milioni di euro da CE consuntivo anno 2008) sia per disallineamento alla media nazionale, tale voce di costo debba necessariamente costituire un ambito di intervento prioritario per le finalità di rientro.

Per valutare il dimensionamento dell'organico della regione- si sono prese a riferimento quelle regioni che adottano un modello di produzione pubblico/privato paragonabile a quello calabrese. E' stato elaborato il benchmark "dipendenti per 1.000 abitanti" di un paniere di regioni che hanno una percentuale di pubblico/privato nell'erogazione delle prestazioni in un range del 5% rispetto a quello calabrese. Tale attività di benchmarking ha permesso di evidenziare una prima stima del potenziale sovradimensionamento della dotazione organica calabrese, così come risulta dalla tabella di seguito riportata.

	RUOLO AMMINISTRATIVO	RUOLO SANITARIO	RUOLO TECNICO	RUOLO PROFESSIONALE	TOTALE
Delta personale procapite x 1000 abitanti Calabria vs regioni di riferimento	0,56	1,10	0,08	0,01	1,75
Unità di personale in eccesso rispetto a regioni di riferimento	1122	2204	163	15	3504

Un'ulteriore analisi sulla composizione dell'organico ha inoltre evidenziato che:

- l'incidenza percentuale del personale dirigente risulta superiore alla media nazionale con un valore del 24% in Regione Calabria a fronte del 20% della media nazionale (fonte: CA2006). Nel dettaglio tale eccedenza risulta attribuibile in maniera prevalente al personale di ruolo sanitario (+5,8%).

Incidenza personale dirigente	Ruolo sanitario	Ruolo Tecnico	Ruolo professionale	Ruolo amministrativo	Totale personale
% Dirigenti regione Calabria	34%	1,8	66,20%	5,1%	24%
% Dirigenti ITALIA	28%	1%	78%	4,0%	20%
Delta Calabria vs Italia	5,80%	0,9%	-12,1%	1,0%	4,0%

- nell'anno 2007 il 43% del personale è compreso tra i 50 e 60 anni e il 10% ha oltre 60 anni;
- il costo medio per dipendente risulta superiore alla media nazionale per tutti i ruoli (fonti: CA2006,CE2006);

Costo medio per dipendente (euro x 1000)	Ruolo sanitario	Ruolo Tecnico	Ruolo professionale	Ruolo amministrativo	Totale personale
Calabria	58,80	35,20	72,40	34,40	51,20
Italia	55,60	30,20	69,70	33,50	48,30
Delta Calabria vs Italia	3,20	4,90	2,70	1,00	2,90

Alla luce delle analisi eseguite per perseguire una riduzione strutturale del costo del personale è necessario intervenire con una duplice leva di intervento:

- riduzione del personale da perseguire attraverso la gestione mirata del blocco del turnover a valere su personale cessante per sopraggiunti limiti di età (60 anni per le donne e 65 anni per uomini);
- riduzione del costo medio per dipendente da perseguire attraverso:
 - riduzione del numero di strutture complesse e dipartimentali (e revisione dotazione organiche) in coerenza con i processi di accorpamento delle nuove ASP (definizione nuovi atti aziendali) e con i piani di razionalizzazione/ristrutturazione della rete di assistenza;
 - allineamento del mix dirigenti/comparto per ogni ruolo attraverso trasferimenti ad altre amministrazioni e gestione mirata del turnover;
 - abbassamento dell'età media del personale in servizio attraverso gestione mirata del turnover;
 - allineamento dei fondi aziendali per la contrattazione integrativa rispetto al benchmark nazionale.

13.1 GESTIONE MIRATA DEL BLOCCO DEL TURN-OVER

Per la quantificazione del risparmio derivante dal blocco del turnover nel periodo 2010 – 2013 è stato preso in considerazione il personale cessante per sopraggiunti limiti di età (65 anni per gli uomini e 60 per le donne). Per la quantificazione dell'effetto economico della manovra di blocco del turnover si è fatto riferimento agli ultimi dati completi e disponibili relativi al personale in servizio per l'anno 2008 e si è proceduto come segue:

- sono state calcolate le unità di personale potenzialmente cessanti per ruolo (numero di uomini over65 e le donne over60 con contratto a tempo indeterminato) negli anni 2010, 2011, 2012 e 2013;
- per la fissazione delle percentuali di blocco del turnover per ruolo è stata considerata l'esigenza di perseguire un risultato economico di risparmio congruo rispetto all'obiettivo di pareggio entro il 2013. Considerando l'ammontare di tutte le altre manovre di risparmio definite è stato calcolato

che ai fini degli obiettivi di pareggio nel 2013 le unità di personale da ridurre risultano di 2.104 rispetto alle complessive 3.504 valutate in esubero rispetto alle regioni di riferimento. Alle luce di queste considerazioni è stato ipotizzato un blocco del turnover al 5 % per il personale del ruolo amministrativo e professionale, al 50% per il ruolo sanitario e al 10% per il ruolo tecnico;

- in base alle percentuali di blocco del turnover ipotizzato è stato calcolato il personale effettivamente cessante per anno (personale che va in pensione al netto del personale reintegrato secondo le percentuali di blocco del turnover);
- a partire dal costo medio procapite per ruolo relativo all'anno 2006 (costo personale x ruolo da modello CE / n°teste da Conto Annuale) è stato applicato un incremento del 2,4% (su base DPEF 79/23009) all'anno per determinare il costo medio per ruolo negli anni successivi 2010, 2011, 2012 e 2013;
- valorizzando il personale effettivamente cessante al costo medio per ruolo è stata calcolata la riduzione dei costi del personale nel periodo 2010-13.

RUOLO		Personale in pensione anni 2010-2013	hp % blocco turnover	personale reintegrato	cessanti effettivi	Riduzione costi personale
PERIODO 2010-13	AMMINISTRATIVO	644	5%	32	612	- 24.053
	PROFESSIONALE	2	5%	0	2	- 160
	SANITARIO	1.825	50%	913	913	- 61.564
	TECNICO	642	10%	64	578	- 23.142
	TOTALI	3.113		1.009	2.104	- 108.919

- in considerazione del fatto che gli effetti economici di manovra non possono essere attribuiti per intero all'anno su cui intervengono (dal momento che il personale cesserà nel corso dell'intero anno lavorativo) si è scelto di attribuire l'effetto economico per il 50% all'anno di effettiva cessazione e per il restante 50% all'anno successivo. Pertanto gli effetti della manovra del blocco del turn – over possono essere riepilogati nel seguente modo:

RUOLO	PERSONALE IN SERVIZIO 2008	CESSANTI PER BLOCCO DEL TURNOVER				RIDUZIONE COSTI DEL PERSONALE (euro x 1000)				
		2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013
sanitario	16.456	149	200	253	312	-	- 9.598	- 13.203	- 17.146	- 21.617
professionale	71	-	-	1	1	-	-	-	- 79	- 81
tecnico	3.952	156	140	136	146	-	- 6.020	- 5.559	- 5.510	- 6.053
amministrativo	3.146	123	155	175	160	-	- 4.636	- 5.999	- 6.934	- 6.483
Totale	23.625	427	495	565	618	-	-20.254	-24.761	-29.669	-34.235
Effetto economico manovra							-10.127	-22.508	-27.216	-31.952

13.2 RIDUZIONE DEL COSTO MEDIO PER DIPENDENTE IN ALLINEAMENTO CON BENCHMARK NAZIONALE

A partire dall'analisi del costo medio per dipendente calcolata per l'anno 2006, è stato effettuato un confronto tra la Regione Calabria e la media nazionale, che ha evidenziato un differenziale pari a 2.900€ (costo personale x ruolo da modello CE / n°teste da Conto Annuale). Tale delta in termini di costo medio per dipendente è riconducibile a due effetti:

- una quota procapite media di 2.100 euro per dipendente calabrese riconducibile sia al mix sbilanciato tra comparto e dirigenza sia ad una elevata età media dei dipendenti calabresi (circa il 53% oltre i 50 anni);
- una quota procapite di fondo per contrattazione integrativa superiore per la Calabria di circa 800 euro rispetto alla media nazionale (stima effettuata considerando i dati a disposizione e l'incidenza media a livello nazionale del 30% della contrattazione integrativa sul monte salario totale).

Tali differenziali calcolati con riferimento all'anno 2006 sono stati considerati costanti nelle successive elaborazioni, assumendo una dinamica dei costi analoga tra Regione Calabria e resto d'Italia.

13.2.1 RIDUZIONE DEI FONDI DI CONTRATTAZIONE INTEGRATIVA

Ai fini del recupero dell'eccesso di 800 € della quota procapite del fondo per la contrattazione integrativa della Calabria rispetto alla media nazionale, la Regione intende avviare un'attività di contrattazione con le organizzazioni sindacali, al fine di allineare tale quota agli standard nazionali.

La riduzione del costo del personale per il recupero della quota fondi integrativi in eccesso è calcolato sul personale in servizio previsto al netto delle manovre precedenti di blocco del turnover. L'effetto economico dell'intervento, a fronte di un'attività di contrattazione sindacale che sarà avviata nel 2010, è stato distribuito in maniera prudenziale per il 50% nel 2011 e il 50% nel 2012, stimando un impatto nullo per il 2010, così come riportato nella seguente tabella:

RUOLO	DELTA PROCAPITE FONDI INTEGRATIVI (euro x 1000)	% RECUPERO DELTA PROCAPITE FONDI INTEGRATIVI				RIDUZIONE COSTI PERSONALE (euro x 1000)			
		2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
sanitario	0,8	-	50%	50%	-	-	- 6.443	- 6.342	-
professionale	0,8	-	50%	50%	-	-	- 28	- 28	-
tecnico	0,8	-	50%	50%	-	-	- 1.462	- 1.408	-
amministrativo	0,8	-	50%	50%	-	-	- 1.147	- 1.078	-
Totale						-	- 9.081	- 8.856	-
Effetto economico manovra						-	- 9.081	- 8.856	-

13.2.2 RIDUZIONE DEL COSTO MEDIO PRO CAPITALE

La Regione, in considerazione dell'elevato costo medio per dipendente sopra evidenziato intende avviare una serie di interventi volti alla riduzione di tale voce. Nel dettaglio, si procederà alla riduzione del numero di strutture complesse e dipartimentali, con conseguente revisione delle dotazione organiche, in coerenza con i processi di accorpamento delle nuove ASP e le azioni previste dai piani di razionalizzazione/ristrutturazione della rete di assistenza. Considerata inoltre l'elevata incidenza percentuale del personale dirigente e l'elevata età media dei dipendenti calabresi, si intende inoltre procedere all'allineamento del mix dirigenti/comparto per ogni ruolo e all'abbassamento dell'età media del personale in servizio attraverso la gestione mirata del turnover. Questi interventi si configurano come obiettivi a tendere del nostro sistema sanitario regionale ed è presumibile che la loro effettiva attuazione e i conseguenti effetti economici, richiedano un dinamica temporale che va oltre la durata del piano di rientro. Pertanto per la stima dell'impatto economico del costo medio pro-capite si è adottato un approccio prudenziale, stimando il perseguimento di un effetto economico di recupero nullo nel 2010 e del 5% annuo negli anni dal 2011 al 2013.

Gli effetti di risparmio sono calcolati in base al personale in servizio previsto negli anni 2010-2011-2012 a fronte della politica di blocco del turnover precedentemente ipotizzata e sono riassunti nella seguente tabella di riepilogo:

RUOLO	MEDIO PER RUOLO CALABRIA vs ITALIA (euro x 1000)	RUOLO AL NETTO DELLE COMPONENTE FONDI INTEGRATIVI (euro x 1000)	% RECUPERO COSTO MEDIO PER RUOLO				RIDUZIONE COSTI PERSONALE (euro x 1000)			
			2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
sanitario	3,2	2,4	-	5%	5%	5%	-	- 1.953	- 1.923	- 1.885
professionale	2,7	1,9	-	5%	5%	5%	-	- 7	- 7	- 7
tecnico	4,9	4,1	-	5%	5%	5%	-	- 756	- 728	- 698
amministrativo	1,0	0,2	-	5%	5%	5%	-	- 22	- 21	- 20
Totale							-	- 2.738	- 2.678	- 2.609
Effetto economico manovra							-	- 2.738	- 2.678	- 2.609

13.3 ALLINEAMENTO TASSO DI CRESCITA DEL COSTO DEL PERSONALE AGLI STANDARD NAZIONALI

Il tasso di crescita del costo del personale che negli anni 2005-2008 è stato pari al +3,9% a fronte di una media nazionale che si attesta al 2,4%. La Regione intende avviare un'attenta attività di monitoraggio e controllo a livello aziendale e regionale al fine di contenere nei prossimi 4 anni il tasso di crescita del costo del personale in linea con l'andamento medio nazionale.

Assumendo nei prossimi 4 anni un tasso di crescita del costo del personale pari al 2,4% invece del tasso storico regionale del 3,9% ne consegue un effetto di risparmio come di seguito riportato:

Allineamento tasso di crescita	2010	2011	2012	2013
(euro x 1000)	17.744	19.316	21.548	23.982

13.4 RISPARMIO IRAP DERIVANTE DA AZIONI DI RIDUZIONE DEL COSTO DEL PERSONALE

In virtù degli effetti di risparmio derivanti dagli interventi sopra descritti si configura una riduzione dei costi del personale come di seguito illustrato:

Costo del personale (euro x 1000)	2010	2011	2012	2013
Andamento tendenziale	1.350.546	1.401.606	1.454.836	1.510.331
Andamento programmatico a fronte degli effetti di manovra	1.322.675	1.320.092	1.313.025	1.309.977

In base a tale andamento programmatico anche la quota IRAP, calcolata in ragione del 7,15% del costo del personale, va a ridursi secondo il seguente schema:

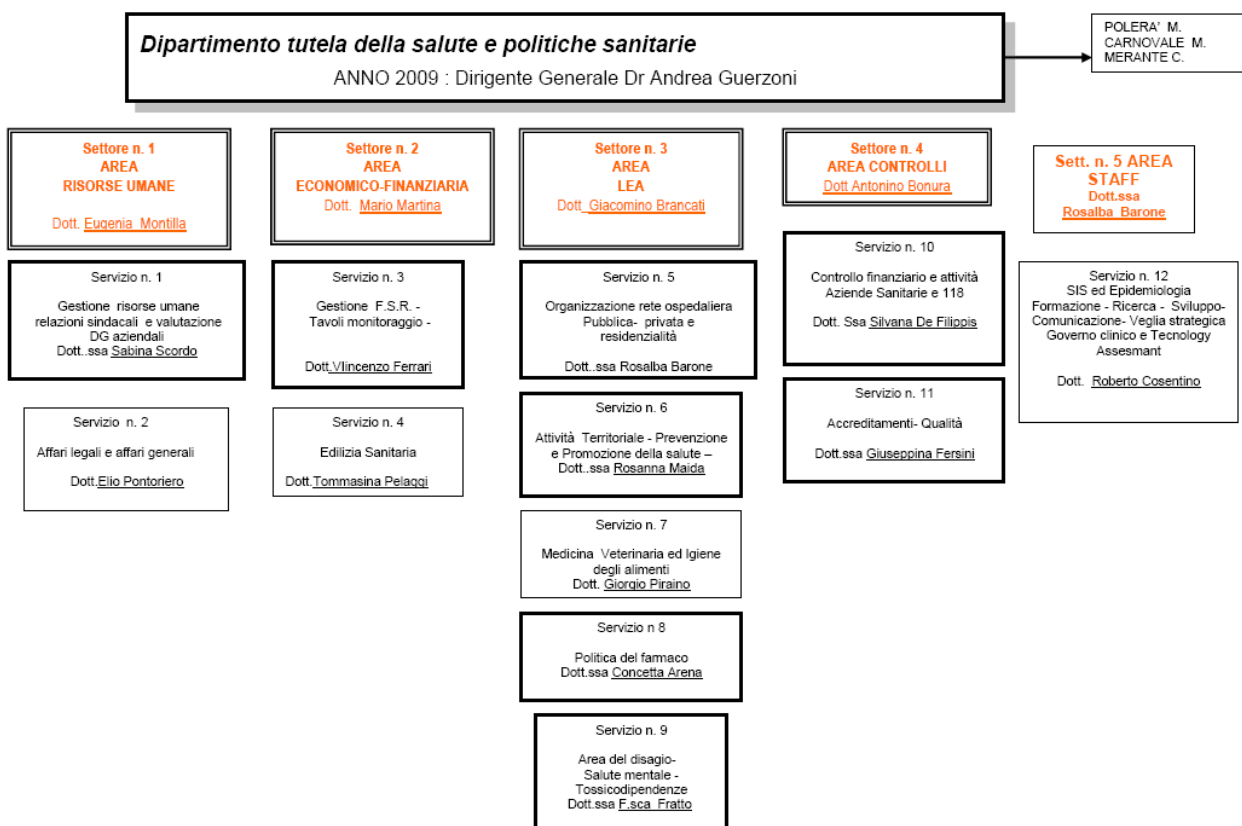
Riduzione IRAP	2010	2011	2012	2013
(euro x 1000)	1.993	3.835	4.311	4.186

14 ATTIVITA' AMMINISTRATIVE E DI MONITORAGGIO

La Regione Calabria dimostra una sostanziale carenza nei sistemi di monitoraggio e controllo, volti sia alla verifica dell'attendibilità delle scritture contabili, e quindi dei dati di bilancio, sia alle verifiche gestionali e al monitoraggio dell'andamento della gestione, nonché alla verifica della correlazione tra dati di produzione e i corrispondenti dati economici di derivazione contabile.

Consapevole di queste carenze, e dati i presupposti per la riorganizzazione della rete assistenziale oggetto del Piano di rientro, la Regione sta già ponendo, allo scopo, le basi per la ristrutturazione di processi e procedure, anche attraverso l'utilizzo di nuovi strumenti e il potenziamento delle risorse umane dedicate.

Al fine di supportare il potenziamento del monitoraggio regionale (economico e gestionale) il Dipartimento della tutela salute ha modificato la propria organizzazione rendendola maggiormente focalizzata a tale compito.



Punti di forza della nuova struttura di cui alla delibera GR n°302 del 25/05/2009 sono:

- riduzione dei settori (da 7 a 5);
- istituzione dell'area LEA (continuità, integrazione);
- istituzione Area controlli;
- istituzione Area Staff (Tecnology Assesment, veglia strategica, formazione , sis).

Nell'ambito della generale riorganizzazione dell'area di staff sono state istituite due strutture di supporto a carattere di task fors dedicate:

- la cabina di regia;
- la struttura di coordinamento regionale sulla gestione degli uffici legali delle Aziende
Tale struttura sarebbe finalizzata all'efficace e omogeneo espletamento dell'attività defensionale, soprattutto per quanto attiene il contenzioso e i procedimenti in materia di forniture di beni e servizi, evitando che alcuni decreti divengano esecutivi per mancata opposizione o che si crei il rischio di pagamenti ripetuti o aumentati della stessa obbligazione, nonché per un monitoraggio continuo sulle procedure di pignoramento.

14.1 MONITORAGGIO

Il governo della dinamica dei costi di produzione impone l'adeguamento del Sistema di monitoraggio regionale delle prestazioni e dei servizi sanitari erogati e dei costi sostenuti per erogarli.

Il Sistema deve abilitare i processi di pianificazione, programmazione e controllo delle variabili gestionali ed economiche, processi indispensabili ai fini del perseguimento degli obiettivi che saranno definiti dalle politiche regionali e nel Piano di rientro.

L'adeguamento del Sistema è attuato attraverso il potenziamento delle strutture organizzative ad esso dedicate - in proposito, è già stata deliberata l'istituzione di una Cabina di regia regionale - in modo da poter realizzare:

- ✓ in una prima fase, le attività di ricognizione, revisione e disegno dei flussi informativi necessari, e il monitoraggio della loro implementazione da parte delle Aziende sanitarie;
- ✓ successivamente, il monitoraggio della sistematica e tempestiva alimentazione dei flussi informativi da parte delle aziende (e della qualità dei dati in essi contenuti), la correlazione dei dati gestionali e di produzione con quelli economici, la verifica del raggiungimento degli obiettivi concordati su specifiche variabili.

L'attività di monitoraggio, resa possibile dall'affinamento dei sistemi informativi e di controllo, apporterà effetti economici indiretti ma consistenti, inducendo comportamenti improntati via via ad una maggiore efficienza e legittimità.

Le aree di controllo, attualmente individuate come prioritarie, sono le aree principali di intervento descritte nel Piano di razionalizzazione riqualificazione del SSR-

Le azioni specifiche da porre in essere per ogni area identificata, per il monitoraggio del risanamento del deficit delle Aziende Sanitarie, sono:

- ricognizione dei flussi informativi esistenti e individuazione di quelli mancanti;
- identificazione e descrizione dei contenuti informativi dei flussi;
- definizione delle modalità e delle tempistiche di invio dei dati da parte delle Aziende;
- monitoraggio dell'attivazione del nuovo flusso da parte delle Aziende;
- analisi di qualità e completezza dei dati che saranno via via disponibili al fine di valutare la consistenza del flusso e la sua progressiva attendibilità per le finalità di monitoraggio.

Man mano che i flussi saranno implementati, sarà necessario impostare/affinare le metodologie di monitoraggio basate sulla lettura integrata dei dati economici, gestionali e di produzione, in coerenza con gli strumenti di valutazione e il sistema di monitoraggio adottati a livello nazionale.

Allo stesso modo, sarà possibile rendere via via più complete le attività di monitoraggio periodico, mensile e trimestrale, dei parametri rilevanti relativi all'andamento economico e all'assistenza erogata, e implementare i processi di budget.

Relativamente alla prioritaria area di controllo "affidabilità delle registrazioni contabili", nel paragrafo successivo sono dettagliate ulteriori specificazioni, in particolare per quel che riguarda le registrazioni di Bilancio.

14.2 IMPLEMENTAZIONE DEI PRINCIPI E DELLE PROCEDURE INERENTI IL PROCESSO DI FORMAZIONE, AGGREGAZIONE E CONSOLIDAMENTO DEI BILANCI DELLE AZIENDE DEL S.S.R.

Nell'ambito delle attività volte al raggiungimento dell'obiettivo specifico in oggetto, si attueranno degli interventi volti ad ottenere dei risultati immediati nel breve periodo (Azioni di breve) e dei risultati di carattere sistematico (Azioni di sistema).

Nel breve periodo si intende intervenire sull'efficacia del processo di gestione delle risultanze economiche, finanziarie e patrimoniali desunte dai bilanci delle Aziende Sanitarie.

Le azioni specifiche da porre in essere, da parte di un gruppo di lavoro integrato composto dal personale delle Direzioni "Bilancio e Patrimonio" e "Tutela della Salute e Politiche Sanitarie", sotto il diretto coordinamento e controllo della "Cabina di Regia per il monitoraggio del risanamento del deficit delle Aziende Sanitarie", sono:

- ideazione e realizzazione di nuovi strumenti per l'integrazione dello schema di nota integrativa al bilancio e funzionali a fornire le principali informazioni sui risultati conseguiti per il rispetto del "piano di rientro", quali il rendiconto finanziario al bilancio delle Aziende e i report per Azienda sui principali risultati economici-finanziari-patrimoniali a confronto con i risultati conseguiti nella realizzazione degli obiettivi di piano (entro novembre 2009);
- integrazione delle linee guida per la predisposizione dei bilanci al 31/12/2009 con i nuovi strumenti progettati (entro novembre 2009);
- definizione e formalizzazione dei principi di consolidamento delle risultanze economiche e patrimoniali dell'aggregato sanitario regionale (entro dicembre 2009);
- definizione e formalizzazione delle procedure di consolidamento delle risultanze economiche e patrimoniali dell'aggregato sanitario regionale (entro dicembre 2009);
- definizione degli schemi di bilancio consolidato conformi ai modelli nuovo CE e SP (entro dicembre 2009);
- predisposizione del materiale informativo per la diffusione alla Aziende Sanitarie dei principi e delle procedure di consolidamento delle risultanze economiche e patrimoniali dell'aggregato sanitario regionale (entro dicembre 2009);
- gestione del processo di raccolta dei bilanci, di formalizzazione e di analisi dell'aggregato sanitario regionale e di verifica di coerenza con i modelli CE, SP, LA. (entro febbraio 2010);

- prima applicazione dei principi e delle procedure per la predisposizione del consolidato 2009 del bilancio sanitario regionale e dei conti economici CE e degli stati patrimoniali SP (entro febbraio 2010).

Le azioni volte ad ottenere dei risultati di carattere sistematico che si intende porre in essere riguardano essenzialmente la predisposizione dei principi contabili e delle procedure di riferimento, nonché la definizione delle specifiche funzionali per lo sviluppo del sistema informativo per la produzione, l'analisi e la gestione del bilancio aggregato e consolidato del S.S.R.

Pertanto, mediante lo sviluppo del sistema informativo regionale, si intende ottenere un valido strumento di gestione del processo di formazione del bilancio delle Aziende Sanitarie e delle conseguenti attività di aggregazione, consolidamento ed analisi delle risultanze economiche, finanziarie e patrimoniali.

Le azioni specifiche da porre in essere, da parte di un gruppo di lavoro integrato composto dal personale delle Direzioni "Bilancio e Patrimonio" e "Tutela della Salute e Politiche Sanitarie", sotto il diretto coordinamento e controllo della "Cabina di Regia per il monitoraggio del risanamento del deficit delle Aziende Sanitarie", sono:

- definizione e formalizzazione delle specifiche funzionali per l'aggregazione dei bilanci delle Aziende Sanitarie;
- definizione e formalizzazione delle specifiche funzionali per il consolidamento dei bilanci delle Aziende Sanitarie;
- definizione e formalizzazione delle specifiche funzionali per il controllo del processo di formazione del bilancio e di gestione degli adempimenti per l'approvazione del bilancio nei termini previsti dalla legge di contabilità regionale;
- definizione delle specifiche funzionali per la produzione di cruscotti economici, finanziari e patrimoniali per il monitoraggio delle risultanze di bilancio e per l'analisi degli scostamenti di budget;
- definizione e formalizzazione del nuovo manuale delle procedure contabili;
- messa a regime della funzione organizzativa per l'analisi e la gestione del bilancio delle Aziende Sanitarie attraverso la definizione dei ruoli e dei profili, la rilevazione e la definizione delle competenze, il disegno e l'implementazione del processo operativo;

- attivazione di specifici interventi per la sensibilizzazione, la formazione specialistica e comportamentale, la comunicazione al personale delle Aziende Sanitarie;
- gestione delle azioni di verifica dello sviluppo informatico.

14.3 ADOZIONE DI MISURE DI REGOLARIZZAZIONE DEI PAGAMENTI DEI DEBITI PREGRESSI

Come specificato nel paragrafo [...] del presente Piano, l'entità complessiva del debito commerciale, del debito verso istituti tesorieri e del debito verso dipendenti relativo agli anni 2007 e precedenti è finora stimata in € 2.166 milioni. Trattasi di importo che la Regione deve accertare in modo completo e definitivo, anche al fine di predisporre gli adeguati strumenti di copertura. A tal fine la Regione si impegna ad attivare il seguente procedimento di ricognizione e riconciliazione che coinvolgerà anche la posizione debitoria regionale generata dalla gestione dell'esercizio 2008.

Le azioni specifiche da porre in essere, da parte di un gruppo di lavoro integrato, e, naturalmente, il coinvolgimento diretto del personale operante nei servizi economico-finanziari delle Aziende Sanitarie ed ospedaliere del S.S.R., con il supporto tecnico dell'advisor contabile indicato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Le azioni specifiche da porre in essere, sono:

- predisposizione e formalizzazione degli schemi di flusso rappresentativi del processo di controllo dei documenti contabili relativi ai debiti in essere e di pagamento dei debiti stessi (entro novembre 2009);
- predisposizione ed approvazione (entro novembre 2009) dei provvedimenti attuativi regionali che prevedano:
 - obiettivo dell'operazione;
 - natura dell'operazione;
 - soggetti ai quali l'operazione si rivolge;
 - struttura dell'operazione (linee guida);
 - modalità di esecuzione dell'operazione.

- realizzazione delle azioni informative sull'operazione (entro metà dicembre 2009). E' necessario pianificare e stabilire quali devono essere i tempi ed i modi per dare adeguata pubblicità ed informativa sull'operazione (cosa è, a chi è rivolta, modalità di compilazione della reportistica, a chi rivolgersi in caso di dubbio, a chi inviare la documentazione, ecc.). A tal fine si può considerare l'utilizzo dei seguenti mezzi di informazione:
 - bollettino Ufficiale Regionale;
 - siti internet istituzionali (Regione; Aziende Sanitarie; Associazioni di categoria).
- Svolgimento delle attività propedeutiche alla riconciliazione.
 - Individuazione all'interno dell'amministrazione regionale competente degli uffici regionali che saranno coinvolti operativamente nelle attività e del dirigente responsabile (gruppo di lavoro operativo centrale);
 - ricezione da parte del dirigente responsabile dell'operazione dei nominativi e degli indirizzi di posta elettronica dei soggetti coinvolti nell'operazione;
 - diffusione da parte del dirigente responsabile dell'operazione della modulistica/reportistica e delle istruzioni necessarie per l'invio dell'elenco delle fatture.
- Svolgimento delle attività di riconciliazione.
 - Ricezione da parte del dirigente responsabile dell'operazione della reportistica compilata dai fornitori;
 - alimentazione database e produzione output ad uso e consumo delle Aziende Sanitarie per verificare/riconciliare le diverse partite di credito/debito;
 - ricezione feedback da parte delle Aziende Sanitarie ed alimentazione database;
 - produzione di output delle posizioni con evidenza dei debiti/crediti insussistenti/inesigibili (per fornitore, per Azienda, ecc.) e delle posizioni in contenzioso (per fornitore, per Azienda, ecc.);
 - esecuzione delle procedure amministrative e legali per la gestione dei debiti ricogniti e riconciliati;
 - predisposizione delle procedure, da trasmettere alle Aziende Sanitarie, per la messa a regime del processo annuale di ricognizione e riconciliazione dei crediti/debiti (con

specifica indicazione delle attività, dei soggetti/strutture coinvolte, dei tempi e delle responsabilità), da attivare in ogni azienda per ogni annualità di bilancio.

14.4 LA PROCEDURA DI DETERMINAZIONE DELLA POSIZIONE CREDITORIA

Le azioni specifiche da porre in essere, da parte di un gruppo di lavoro integrato e, naturalmente, il coinvolgimento diretto del personale operante nei servizi economico-finanziari delle Aziende Sanitarie ed ospedaliere del S.S.R., con il supporto tecnico dell'advisor contabile indicato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Il gruppo di lavoro procede alla ricognizione puntuale dei crediti vantati dalle aziende verso soggetti terzi. In particolare, per ciascuna Azienda, individua l'elenco completo dei soggetti debitori (con indicazione del titolo da cui discende il credito aziendale e degli eventuali contenziosi in essere).

Sulla base del suddetto elenco procede ad un riscontro presso i debitori individuati al fine della riconciliazione dei dati amministrativo-contabili.

Per tutte le posizioni eventualmente non riconciliate la struttura avvia ulteriori procedure (procedure alternative) fornendo in proposito istruzioni puntuali alle Aziende. In particolare, ove sia accertata l'inesistenza o l'inesigibilità del credito, previa certificazione da parte dell'azienda competente, la struttura amministrativa ne ordina e ne verifica la relativa cancellazione dalla contabilità aziendale. Dei crediti cancellati è data specifica informazione al Dipartimento Tutela della salute e Sanità ed al Dipartimento Bilancio e Patrimonio, nonché al Ministero dell'Economia e delle Finanze, al Ministero della Salute ed alla Cabina di regia.

In relazione alle posizioni creditorie per le quali è in atto un contenzioso, la struttura amministrativa si avvarrà inoltre di un adeguato supporto tecnico-legale. Le posizioni dovranno essere riportate in apposito elenco con specifica indicazione per ciascuna di esse delle informazioni inerenti lo stato del contenzioso. Tale elenco dovrà essere sottoposto al Dipartimento Tutela della salute e Sanità, al Dipartimento Bilancio e Patrimonio ed alla Cabina di regia. La struttura amministrativa infine, acquisite le osservazioni, commenti ed indicazioni del Dipartimento Tutela della salute e Sanità, del Dipartimento Bilancio e Patrimonio ed della Cabina di regia e condiderà con gli stessi soggetti l'eventuale svalutazione o cancellazione dei relativi crediti.

15 SISTEMI INFORMATIVI

Il Sistema Sanitario Regionale ad oggi fornisce informazioni poco tempestive, incomplete e con *basso livello di certificazione*² a supporto dell'azione dei medici e del governo della spesa per i quali risulta prioritario realizzare un grande programma di innovazione digitale.

Il perseguimento degli obiettivi del Piano di razionalizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale sarà efficace se accompagnato anche da una profonda riorganizzazione dei sistemi informativi che dovranno essere progettati e realizzati a supporto dei processi di governo della spesa del Sistema Sanitario Regionale e a supporto dei processi di erogazione dei servizi sanitari.

Risulta necessario avviare un ampio *Programma di innovazione digitale del Sistema Sanitario Regionale* in grado favorire il percorso di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale in conformità con quanto stabilito nell'Accordo per il rientro dei disavanzi. Il Programma sarà realizzato in:

- coerenza con le politiche europee e nazionali in tema di sanità elettronica e con il Codice dell'Amministrazione Digitale;
- conformità di quanto previsto dagli obblighi informativi definiti con le intese Stato-Regioni, dal Ministero della Salute e dal MEF (NSIS, SIVEAS, Art. 50, etc.);
- conformità di quanto previsto dal Codice della Privacy;
- coerenza con il Piano Sanitario Regionale 2007 – 2009 e con quanto stabilito dal citato DGR 140 del 31/03/2009.

Il Programma ha l'obiettivo di introdurre l'innovazione digitale nei principali processi socio sanitari regionali al fine di progettare e realizzare il sistema della Sanità Elettronica Calabria (di seguito SEC³). Il sistema SEC ha come obiettivi la razionalizzazione,ottimizzazione e miglioramento di tutte leazioni poste in essere al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati:

Le attività di analisi sinora condotte dall'Amministrazione Regionale hanno porato all'individuazione dei i principali fabbisogni informatici

Il SEC potrà essere realizzato attraverso la costruzione di una infrastruttura federata regionale in ottica SOA che prevede, dopo l'opportuna verifica dello stato attuale dei sistemi informativi e delle infrastrutture degli attori coinvolti, la progettazione, la realizzazione e l'integrazione delle seguenti componenti infrastrutturali:

² Cfr. DGR 140 del 31/03/2009 – Deficit storico del SSR e disavanzo di esercizio 2008. Provvedimenti e proposta di legge regionale

³ Cfr. Delibera di Giunta Regionale 412 del 09/07/2009 di approvazione del piano SEC

- a) progettazione e realizzazione del **Data e Application Center Regionale**⁴ per i servizi di business continuity, disaster recovery;
- b) progettazione, realizzazione ed integrazione dei **domini aziendali** (ASP e AO);
- c) l'evoluzione dell'**infrastruttura di connettività e cooperazione** del SSR anche attraverso l'adesione ad SPC.

L'attuazione del programma richiede tempi ristretti entro i quali progettare, realizzare e mettere in esercizio i sistemi informativi considerati critici per il governo del Sistema Sanitario Regionale. Interventi SEC a supporto degli obiettivi del Piano di Rientro

Il percorso di innovazione digitale del Sistema Sanitario Regionale deve garantire risultati a breve termine al fine di assicurare il monitoraggio degli obiettivi di Piano e risultati di medio lungo al fine di garantire il processo di digitalizzazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Gli interventi di **breve periodo** sono quelli orientati a migliorare il sistema di monitoraggio e di controllo dei Costi del SSR attraverso la disponibilità di un patrimonio informativo integrato ed efficace dei flussi derivanti dalle Aziende. Rientrano inoltre nel breve periodo gli interventi orientati a costruire le regole di governante del SEC. Essi possono essere sintetizzati in:

1. interventi tesi ad assicurare la completa adesione agli obblighi informativi LEA da parte delle strutture SSR e l'attivazione di front end d'accesso anche attraverso l'utilizzo di SPC per l'invio alla Regione dei flussi informativi di cui alle intese istituzionali e al presente Piano di Rientro. I responsabili aziendali dei flussi saranno dotati di *firma digitale* per l'invio certificato dei flussi informativi;
2. il completamento dell'Anagrafe Unica Regionale degli assistiti realizzata attraverso il progetto Rete MMG;
3. completamento adempimenti di cui all'art. 50 per l'erogato farmaceutico e specialistica ed il completamento dell'allineamento anagrafi prescrittori con le anagrafiche dei ricettari;
4. la regolamentazione regionale atta a garantire la totale adesione del Sistema Sanitario Regionale al sistema SEC e all'utilizzo delle componenti applicative centralizzate. Tra le componenti applicative centralizzate rientra il Sistema informativo Amministrativo e di Controllo (vedi azioni medio periodo).

L'insieme di questi interventi **sarà realizzato entro marzo 2010.**

⁴ Il Dipartimento 13 Tutela della Salute e Politiche Sanitarie possiede un *CED Sanità Regionale a Reggio Calabria*: esso deve essere oggetto di assesment per dimensionare l'adeguamento evolutivo

Gli interventi di **medio periodo** sono quelli che comportano una progettazione e realizzazione totale dei sistemi e che potranno dare i primi risultati in termini informativi non prima del 2011.

Di seguito si riporta l'insieme degli interventi considerati strategici e di medio periodo in quanto di supporto agli obiettivi del Piano di rientro distinti per componente SEC e per macro obiettivi derivanti da una prima analisi dei fabbisogni.

Sono in corso le attività di analisi e progettazione preliminare. Le attività di acquisto della componente di riuso del sistema EPROC si prevede siano completate entro dicembre 2009. Il sistema sarà implementato entro marzo 2010 e le prime gare on line saranno realizzate a marzo 2011.

L'insieme degli interventi previsti verrà realizzato attraverso il seguenti insieme di attività per le quali l'Amministrazione Regionale ha attivato appositi gruppi di lavoro diversi per ogni dominio / obiettivo di piano e da un GdL Tecnico di supporto a tutte le componenti SEC.

1. Analisi del patrimonio IT Regione ed Aziende (*luglio 2009 - ottobre 2009*);
2. analisi dei requisiti funzionali attraverso il recepimento obiettivi di Piano, obiettivi di Settore / Servizio uffici del Dipartimento Salute e obiettivi Aziende (*settembre 2009 – dicembre 2009*);
3. strutturazione dei processi e identificazione degli oggetti informativi (*settembre 2009 – febbraio 2010*);
4. progettazione delle specifiche tecniche per le soluzioni di breve periodo e le soluzioni di medio periodo (*ottobre 2009 – marzo 2010*);
5. attivazione delle convenzioni per riuso / contratti CNIPA (*dicembre 2009*);
6. pubblicazione capitolati di gara (*ottobre 2009 – marzo 2010*);
7. realizzazione e avvio all'esercizio diverse componenti SEC (*marzo 2010 – dicembre 2011*).

16 CRITICITA' L.E.A.

Nel verbale della riunione del Tavolo adempimenti 2007 del 17 febbraio 2009 la regione è risultata inadempiente relativamente ad alcune attività che garantiscono i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). La seguente tabella riassume gli ambiti di inadempienza e le relative azioni conseguenti al raggiungimento degli obiettivi del Piano di Riqualificazione al fine del loro superamento.

Non adempimenti	Obiettivi
Adesioni alle convenzioni	Obiettivo operativo C37
Obblighi informativi SIS	Obiettivo generale A8 Obiettivo specifico B22
Obblighi informativi LEA	Obiettivo specifico B22 Obiettivo specifico B19
Erogazione delle prestazioni nell'ambito dei LEA	Obiettivo generale A1 Obiettivo generale A2
Modalità per l'erogazione delle prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse	Obiettivo operativo C5
Eliminazione o significativo contenimento delle liste di attesa	Obiettivo operativo C13
Decadenza automatica dei direttori generali	
Tessera sanitaria: monitoraggio prescrizioni	Obiettivo operativo C32
Tessera sanitaria: ricettari	Obiettivo operativo C32
Ripiano del superamento dei tetti di spesa farmaceutica	Obiettivo specifico B13
Conferimento dati al SIS	Obiettivo generale A8 Obiettivo specifico B22
Contabilità analitica	Obiettivo operativo C45
Dispositivi medici	Obiettivo operativo C8

Riduzione assistenza ospedaliera erogata	Obiettivo generale A1
Assistenza domiciliare e residenziale	Obiettivo operativo C14 Obiettivo operativo C22
Piano nazionale aggiornamento personale	Obiettivo specifico B9
Implementazione percorsi diagnostici terapeutici	Obiettivo operativo C11
Accordi successivi al DPCM 29/11/2001	
Certificazioni trimestrali di accompagnamento al conto economico	Obiettivo specifico B21
Obbligo accantonamenti per personale dipendente e convenzionato	Obiettivo operativo C41
Accordi integrativi con i medici di base	Obiettivo operativo C15 Obiettivo operativo C16
Accreditamento istituzionale	
Riorganizzazione della rete delle strutture eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio	Obiettivo operativo C17 Obiettivo operativo C18 Obiettivo operativo C19

17 ECONOMICS

17.1 SITUAZIONE ECONOMICA

Nel corso della prima metà dell'anno 2009 la Regione Calabria è stata affiancata dall'Advisor per una ricognizione sulla situazione economica e finanziaria. Tale operazione da una parte ha determinato una prima analisi economico gestionale degli anni 2005- 2007 e quindi una analisi di contesto della situazione 2008 sulla base degli ultimi CE disponibili; dall'altra invece una verifica, attraverso l'applicazione delle analisi della situazione finanziaria ed in particolare debitorie già oggetto delle verifiche del soggetto attuatore per la definizione del Debito al 2007. Tali attività si sono basate sulle verifiche delle procedure e delle risultanze dell'analisi dei documenti di bilancio delle Aziende Sanitarie aggregati al 31/12/2007 rettificati ed integrati sulla base delle risultanze emerse dalla "Procedura di accertamento del debito e riconciliazione dei crediti istituzionali" posta in essere dal Commissario Delegato e dal Soggetto Attuatore.

Ai predetti fini, sono state sin qui svolte le seguenti azioni:

- il Soggetto Attuatore ha promosso una procedura di ascolto da parte delle aziende sanitarie, con lo scopo di fare emergere l'entità del reale debito di ciascuna Azienda. Tale attività è stata completata nel dicembre 2008 ed ha portato all'iscrizione, nelle poste contabili del 2007 e 2008, di posizioni debitorie riferibili a tutto il periodo precedente. Per molte di tali poste, le Aziende si sono limitate all'iscrizione in bilancio a seguito dell'ascolto, ma non al formale riconoscimento del debito;
- l'*advisor* contrattualizzato dalla Regione, attraverso l'esame della documentazione raccolta dal soggetto attuatore e di quella acquisita presso il Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, ha proceduto ad una prima ipotesi di consistenza del debito aggregato e della posizione finanziaria netta delle Aziende Sanitarie regionali, quantificandole rispettivamente in Euro/milioni 2.161 e Euro/milioni 1.621.

Successivamente lo stesso Advisor ha svolto alcune specifiche procedure di verifica, concordate con il Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, presso le seguenti aziende sanitarie: ASP Cosenza, ASP Catanzaro, ASP Reggio Calabria, ASP Crotone, AO Catanzaro, AO Cosenza. Tali procedure, hanno avuto ad oggetto le poste rettificative individuate dal Soggetto Attuatore e, a conclusione, delle stesse l'Advisor ha rideterminato in Euro milioni 2.166 il debito aggregato delle Aziende Sanitarie, e in Euro milioni 1.610 milioni la posizione finanziaria netta delle stesse Aziende.

Nella tabella seguente viene riportato la composizione per soggetto debitore e natura del debito.

	Anno 2007	Anno 2006	Anno 2005	Variazioni 2007/2006		Variazioni 2006/2005	
				Valore	%	Valore	%
D) Debiti							
1) Mutui	7.554	8.266	9.541	-	-9%	-	-13%
2) Regione	31.807	29.858	34.000	1.948	7%	-	-12%
3) Comune	2.411	1.902	1.212	509	27%	691	57%
4) Aziende sanitarie pubbliche	9.741	7.865	7.832	1.876	24%	33	0%
5) Arpa	705	4.086	2.953	-	-83%	1.133	38%
6) Debiti verso fornitori	1.104.940	1.033.125	816.368	71.815	7%	216.756	27%
7) Debiti verso istituto tesoriere	313.569	160.434	188.663	153.134	95%	-	-15%
8) Debiti tributari	46.574	47.589	47.098	-	-2%	491	1%
9) Debiti verso istituti di previdenza	112.569	43.509	53.401	69.060	159%	-	-19%
10) Altri debiti	501.603	507.499	581.908	-	-1%	-	-13%
rettifiche ai debiti	34.702	58.217	25.145	-	-40%	33.072	132%
TOTALE	2.166.176	1.902.351	1.768.122	263.825	14%	134.229	8%

A seguito delle dichiarazioni dei collegi sindacali di alcune aziende sanitarie relativamente ai bilanci 2007 il Dipartimento Salute, rendendone noto il tavolo di verifica, ha provveduto alla verifica della presenza di eventuali errori contabili presenti nei relativi bilanci. L'operazione, supportata attraverso anche le metodologie di verifiche fornite dall'Advisor, ha permesso di fare ulteriore chiarezza sulle procedure contabili regionali attraverso dei sistemi oggettivi e puntuali basati sulla effettiva riscontranze della documentazione contabile a supporto. Nel corso della riunione di verifica del 19 giugno 2009 e come poi riportato nel Verbale sulla base delle verifiche di ragionevolezza delle procedure adottate dalla Regione effettuate dall'Advisor il Tavolo ha preso atto delle risultanze che portano ad giudicare ragionevoli correzioni contabili.

Come anche dichiarato nel verbale del tavolo la situazione contabile delle Regione è affetta da profonde criticità metodologiche e procedurali che necessitano di una completa revisione delle stesse, che permettano quindi, di superare la cosiddetta " tradizione orale" al fine di raggiungere una maggiore certezza delle informazioni e dei dati disponibili. L'operazioni conclusasi a giugno è stata un primo passo verso questa direzione

Di seguito viene presentata una sintesi dell'andamento della spesa sanitaria regionale sulla base dei CE aziendali e una prima rilevazione dell'andamento dei costi. Il conto economico CE NSIS è stato riclassificato al fine di rendere maggiormente evidente la consistenza dei costi interni ed esterni, secondo la metodologia proposta dall'Advisor che consente una confrontabilità tra i diversi anni e CE. I dati presentati sono comunque ancora parziali in quanto non sono al momento ancora disponibili:

- a) i valori di bilancio 2007 che incorporano le azioni di correzione a seguito degli errori rilevati;
- b) il consuntivo definitivo 2008 a seguito dei ritardi sulla ASP di Reggio Calabria.

I valori pertanto potranno subire delle lievi variazioni.

CONTO ECONOMICO RICLASSIFICATO	Anno 2005		Anno 2006		Anno 2007		Anno 2008		CAGR 2005-2008
	€/000	% su FSR	€/000	% su FSR	€/000	% su FSR	€/000	% su FSR	
A1 Contributi F.S.R.	2.744.149		2.807.498		3.007.310		3.113.247		4,3%
A2 Saldo Mobilità	- 15.954		3.450		- 10.800		13.663		
A3 Entrate Proprie	59.332		117.411		78.014		54.519		
A4 Saldo Intramoenia	1.417		692		1.146		1.442		0,6%
Totale Ricavi Netti	2.788.944		2.929.051		3.075.670		3.182.871		4,5%
B1.1 Personale Sanitario	865.522		914.760		952.128		992.421		4,7%
B1. 2 Personale Non Sanitario	251.897		257.930		251.132		262.153		1,3%
B1 Personale	1.117.419	40%	1.172.690	40%	1.203.260	39%	1.254.574	39%	3,9%
B2 Prodotti Farmaceutici Ed Emoderivati	101.890	4%	112.982	4%	123.264	4%	145.304	5%	12,6%
B3.1 Altri Beni Sanitari	128.117		131.659		143.314		159.208		7,5%
B3.2 Beni Non Sanitari	20.185		15.523		15.436		18.606		-2,7%
B3.3 Servizi	206.833		224.117		273.387		272.406		9,6%
B3 Altri Beni E Servizi	355.135	13%	371.299	13%	432.137	14%	450.220	14%	8,2%
B4 Ammortamenti E Costi Capitalizzati	8.203	0%	10.011	0%	9.285	0%	9.316	0%	4,3%
B5 Accantonamenti	9.533	0%	34.734	1%	166.503	5%	60.274	2%	84,9%
B6 Variazione Rimanenze	3.642	0%	- 3.005	0%	- 4.703	0%	- 3.115	0%	
Totale Costi Interni	1.595.822	57%	1.698.711	58%	1.929.746	63%	1.916.573	60%	6,3%
C1 Medicina Di Base	220.567	8%	222.008	8%	218.929	7%	225.066	7%	0,7%
C2 Farmaceutica Convenzionata	478.793	17%	522.446	18%	500.705	16%	496.612	16%	1,2%
C3.1 Prestazioni Da Privato-Ospedaliera	208.113		201.783		227.021		234.594		4,1%
C3.2 Prestazioni Da Privato-Ambulatoriale	89.154		110.634		96.831		114.946		8,8%
C3.3 Prestazioni Da Privato-Riabilitazione Extra Ospedaliera	72.950		75.000		85.798		66.910		-2,8%
C3.4 Altre Prestazioni Da Privato	111.920		125.942		124.318		170.334		15,0%
C3 Prestazioni Da Privato	482.137	17%	513.359	18%	533.968	17%	586.784	18%	6,8%
Totale Costi Esterni	1.181.497	42%	1.257.813	43%	1.253.602	41%	1.308.462	41%	3,5%
Totale Costi Operativi (B+C)	2.777.319	100%	2.956.524	101%	3.183.348	104%	3.225.035	101%	5,1%
Margine Operativo (A-D)	11.625	0%	- 27.473	-1%	- 107.678	-4%	- 42.164	-1%	
F1 Svalutazione Crediti, Rivalutazioni E Svalutazioni Finanziarie	1.888	0%	607	0%	868	0%	1.063	0%	
F2 Saldo Gestione Finanziaria	9.382	0%	13.248	0%	27.309	1%	26.914	1%	42,1%
F3.1 IRAP	81.232		86.949		82.466		87.820		2,6%
F3.2 IRES	1.592		1.014		5.205		277		
F3.3 Altri oneri fiscali					0		1.739		
F3 Oneri Fiscali	82.824	3%	87.963	3%	87.671	3%	89.836	3%	2,7%
F4 Saldo Gestione Straordinaria	- 7.564		- 66.901		115.053		33.870		
Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	86.530	3%	34.917	1%	230.901	8%	151.683	5%	20,6%
Risultato Economico (E-F)	- 74.905		- 62.390		- 338.579		- 193.847		37,3%

TABELLA 1: ANDAMENTO CE 999 2005 - 2008

17.2 DEFINIZIONE DEL TENDENZIALE 2009-2013

Come si può rilevare da una prima analisi degli andamenti dei costi del SSR si evidenzia un disallineamento tra la crescita dei costi (+ 5,1%) e la crescita del fondo pari al 4,3%. Dettagliando l'andamento dei costi si evidenzia un incremento percentuale medio 2005-2008 del 6,3% per i costi interni e del 3,5% per i costi per gli acquisti di servizi di assistenza da erogatori privati.

Questi ultimi a loro volta dimostrano un aumento contenuto della spesa per farmaceutica convenzionata negli anni e per i costi di medicina generale. Si deve però considerare che tali costi sono comunque disallineati rispetto ai valori delle medie nazionali. La Calabria è infatti una delle regioni a maggiore prescrizione e costo procapite per spesa farmaceutica, anche in considerazione del mancato sviluppo della distribuzione diretta.

Relativamente alla spesa per l'acquisto di assistenza ospedaliera quest'ultima mostra un aumento costante del 4,1 % all'anno. La variazione invece della spesa per specialistica ambulatoriale mostra invece un incremento pari al 8,8%.

Dati i seguenti presupposti per il calcolo delle voci di costo/ricavo tendenziali sono stati utilizzati i seguenti criteri generali:

- voce di ricavo A1 "Contributi F.S.R.": applicazione delle quote F.S.R spettanti alla regione Calabria secondo delibera CIPE per il riparto del FSN anno 2009 al netto dei saldi di mobilità (come uso nelle rappresentazioni dei modelli NSIS in uso in Regione) ; per gli anni 2010 e 2011 sono stati applicate le % di incremento del FSR del decreto 78/2009. Per i successivi anni 2012 e 2013 è stato applicato il valore del FSR 2011 in quanto ultimo dato disponibile;
- voci di costo/ricavo che non presentano un elevata variabilità storica (triennio 2005-08): applicazione del CAGR 2005-2008 alla voce di costo/ricavo del CE Reg.Calabria proiezione 2008;
- voci di costo/ricavo che presentano elevata variabilità storica (triennio 2005-08): applicazione di specifici parametri di proiezione basati su benchmark nazionali.

I Risultati economici rappresentati nelle successive tabelle non tengono conto delle coperture finanziarie (IRPEF e IRAP) regionali.

Note	Voce del modello CE	Parametro Utilizzato	Valore utilizzato	Motivazione per la determinazione del valore utilizzato
a)	Entrate Proprie	Composizione % della Voce sui Contributi C/Esercizio (Voce A1 del CE) della Regione Campania	1,94%	La Regione Campania è stata ritenuta, fra le Regioni in PdR, quella più vicina alla Calabria per % di esenti. Il parametro è stato scelto in quanto rappresentativo della situazione campana ante PdR, così come è ora per la Calabria.
b)	Accantonamenti	Composizione % della Voce sui Contributi C/Esercizio (Voce A1 del CE) della Regioni in PdR	2,76%	E' stato ritenuto ragionevole che la Calabria adottasse una politica di accantonamenti similare a quella adottata mediamente dalle Regioni in PdR nell'ultimo anno per il quale sono disponibili i dati.
c)	Medicina di Base	CAGR del Paniere di Regioni Virtuose (non in deficit)	2,29%	Nella considerazione che il costo procapite medio calabrese è fra i più alti d'Italia, è stato ritenuto ragionevole che gli incrementi dei prossimi anni si attestassero su percentuali in linea con quelli registrati nelle Regioni virtuose (non in deficit).
d)	Saldo Gestione Finanziaria	Composizione % della Voce sui Contributi C/Esercizio (Voce A1 del CE) della Regione Lazio	1,30%	La Regione Lazio è, fra le Regioni in PdR, quella che ha un rapporto debito/contributi c.esercizio più vicino a quello calabrese. L'anno 2007 è l'ultimo anno per i quali i dati sono disponibili
e)	IRAP	Composizione % della Voce sul Costo del personale prendendo come riferimento il parametro Italia	7,15%	Il parametro nazionale è stato considerato il più ragionevole per il calcolo dell'IRAP, si è utilizzato il dato ultimo disponibile
f)	Saldo Gestione Straordinaria	Composizione % della Voce sui Contributi C/Esercizio (Voce A1 del CE) della Regioni in PdR	0,80%	E' stato ritenuto ragionevole che la Calabria, nel periodo oggetto del tendenziale, continui ad avere criticità nell'elaborazione dei conti economici per competenza, tali dai tradursi nella manifestazione sistematica di sopravvenienze, in una % vicina alla media delle Regioni in PdR.

17.3 CONTO ECONOMICO TENDENZIALE 2010 -2013

CONTO ECONOMICO		CAGR 2005-2008	Parametri di proiezione	Note	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	CAGR 2009-2013
A1	Contributi F.S.R.				3.123.007	3.134.874	3.199.453	3.265.362	3.332.628	1,6%
A2	Saldo Mobilità									
A3	Entrate Proprie		1,94% a)		60.586	60.817	62.069	63.348	64.653	1,6%
A4	Saldo Intramoenia	0,6%	0,58%		1.450	1.459	1.467	1.476	1.485	0,6%
Totale Ricavi Netti					3.185.044	3.197.150	3.262.990	3.330.186	3.398.766	1,6%
B1.1	Personale Sanitario	4,7%	4,44%		1.036.515	1.082.567	1.130.666	1.180.902	1.233.370	4,4%
B1.2	Personale Non Sanitario	1,3%	1,11%		265.050	267.979	270.940	273.934	276.961	1,1%
B1	Personale	3,9%	3,93%		1.301.564	1.350.546	1.401.606	1.454.836	1.510.331	3,8%
B2	Prodotti Farmaceutici Ed Emoderivati	12,6%	12,56%		163.553	184.095	207.216	233.241	262.535	12,6%
B3	Altri Beni E Servizi	8,2%	8,23%		491.484	538.976	594.182	659.032	736.052	10,6%
B4	Ammortamenti E Costi Capitalizzati	4,3%	4,33%		12.248	13.539	14.966	16.544	18.287	10,5%
B5	Accantonamenti		2,76% b)		86.195	86.523	88.305	90.124	91.981	1,6%
B6	Variazione Rimanenze					-	-	-		
Totale Costi Esterni					2.055.044	2.173.678	2.306.275	2.453.777	2.619.186	6,3%
C1	Medicina Di Base	0,7%	2,29% c)		230.220	235.492	240.885	246.401	252.044	2,3%
C2	Farmaceutica Convenzionata	1,2%	1,23%		502.698	508.858	515.094	521.406	527.796	1,2%
C3.1	Prestazioni Da Privato-Ospedaliera	4,1%	4,07%		244.150	254.095	264.445	275.216	286.426	4,1%
C3.2	Prestazioni Da Privato-Ambulatoriale	8,8%	8,84%		125.106	136.164	148.200	161.299	175.556	8,8%
C3.3	Prestazioni Da Privato-Riabilitazione Extra Ospedaliera	-2,8%	0,00%		82.035	82.035	82.035	82.035	82.035	0,0%
C3.4	Altre Prestazioni Da Privato	15,0%	15,03%		197.990	230.424	268.461	313.070	365.388	16,6%
C3	Prestazioni Da Privato	6,8%	6,77%		649.280	702.717	763.140	831.620	909.405	8,8%
Totale Costi Esterni		3,5%	3,46%		1.382.198	1.447.067	1.519.119	1.599.427	1.689.245	5,1%
Totale Costi Operativi (B+C)		5,1%	5,11%		3.437.242	3.620.746	3.825.394	4.053.204	4.308.430	5,8%
Margine Operativo (A-D)					- 252.199	- 423.596	- 562.404	- 723.019	- 909.665	
F1	Svalutazione Crediti, Rivalutazioni E Svalutazioni Finanziarie				-	-	-	-		
F2	Saldo Gestione Finanziaria	42,1%	1,30% d)		40.599	40.753	41.593	42.450	43.324	1,6%
F3.1	IRAP	2,6%	7,15% e)		93.062	96.564	100.215	104.021	107.989	3,8%
F3.2	IRES	-44,2%	0,00%		277	277	277	277	277	0,0%
F3.3	Altri oneri fiscali		0,00%		1.739	1.739	1.739	1.739	1.739	0,0%
F3	Oneri Fiscali	2,7%	2,75%		95.078	98.580	102.231	106.037	110.005	3,7%
F4	Saldo Gestione Straordinaria		0,80% f)		24.984	25.079	25.596	26.123	26.661	1,6%
Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie		20,6%			160.661	164.412	169.419	174.609	179.990	2,9%
Risultato Economico (E-F)					- 412.860	- 588.008	- 731.823	- 897.628	- 1.089.655	

17.4 PROGRAMMATICO 2009 -2013

Di seguito sono riportate in sintesi le singole manovre e i relativi effetti economici per anno e cumulate e il conto economico programmatico per il periodo 2010 -2013

Per il 2009 è stata elaborata una prima previsione a chiudere che tiene già conto delle azioni effettuate dalla Regione nel corso dello stesso anno relativamente a:

- sottoscrizione dell'accordo AIOP che fissa in 188 euro/milioni il tetto di spesa per l'acquisto di prestazioni ospedaliere per l'anno 2009;
- sottoscrizione dell'accordo ANISAP per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale e assistenza residenziale fissando il tetto di spesa al valore del 2008;
- la stima dell'effetto dell'introduzione del ticket per la compartecipazione alla spesa farmaceutica convenzionata pari a euro 15 milioni.

CONTO ECONOMICO		Consuntivo 2008 €/000	TENDENZIALE	PREVISIONE A CHIUDERE
			ANNO 2009 €/000	ANNO 2009 €/000
A1	Contributi F.S.R.	3.113.247	3.123.007	3.123.007
A2	Saldo Mobilità	13.663	-	
A3	Entrate Proprie	54.519	60.586	60.586
A4	Saldo Intramoenia	1.442	1.450	1.450
	Totale Ricavi Netti	3.182.871	3.185.044	3.185.044
B1	Personale	1.254.574	1.301.564	1.301.564
B2	Prodotti Farmaceutici Ed Emoderivati	145.304	163.553	163.553
B3	Altri Beni E Servizi	450.220	491.484	491.484
B4	Ammortamenti E Costi Capitalizzati	9.316	12.248	12.248
B5	Accantonamenti	60.274	86.195	86.195
B6	Variazione Rimanenze	- 3.115	-	
	Totale Costi Interni	1.916.573	2.055.044	2.055.044
			-	-
C1	Medicina Di Base	225.066	230.220	230.220
C2	Farmaceutica Convenzionata		502.698	487.698
	C3.1 Prestazioni Da Privato-Ospedaliera	234.594	244.150	188.000
	C3.2 Prestazioni Da Privato-Ambulatoriale	114.946	125.106	114.946
	C3.3 Prestazioni Da Privato-Riabilitazione Extra Ospedaliera	66.910	82.035	66.910
	C3.4 Altre Prestazioni Da Privato	170.334	197.990	170.334
C3	Prestazioni Da Privato	586.784	649.280	540.190
	Totale Costi Esterni	1.308.462	1.382.198	1.258.108
			-	-
	Totale Costi Operativi (B+C)	3.225.035	3.437.242	3.313.152
	Margine Operativo (A-D)	- 42.164	- 252.199	- 128.108
F1	Svalutazione Crediti, Rivalutazioni E Svalutazioni Finanzia	1.063	-	-
F2	Saldo Gestione Finanziaria	26.914	40.599	40.599
	F3.1 IRAP	87.820	93.062	93.062
	F3.2 IRES	277	277	254
	F3.3 Altri oneri fiscali	1.739	1.739	1.433
F3	Oneri Fiscali	89.836	95.078	95.078
F4	Saldo Gestione Straordinaria	33.870	24.984	24.984
	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	151.683	160.661	160.661
			-	-
	Risultato Economico (E-F)	- 193.847	- 412.860	- 288.769

La previsione nel 2009 non tiene ancora conto di ulteriori azioni effettuate durante l'anno, la cui valorizzazione economica non risulta facilmente quantificabile, ma che sicuramente potranno avere degli effetti positivi. A tale riguardo si possono citare le seguenti azioni:

- delibera 246 del 05/05/2009: "Misure per il contenimento della spesa per l'anno 2009" Per l'anno 2009 è fatto divieto alle aziende sanitarie ed ospedaliere, compresa la Fondazione Tommaso Campanella, di procedere ad investimenti, anche con il ricorso a contratti di leasing o di noleggio, con l'utilizzo del Fondo sanitario regionale a destinazione indistinta; si intendono esclusi gli acquisti di attrezzature tecnico scientifiche e sanitarie di importo inferiore a 25.000,00 euro e le spese per manutenzione straordinaria di apparecchiature ed impianti tecnologici;

17.5 IMPATTO DELLE MANOVRE: EFFETTO MARGINALE PER ANNO

EFFETTI ECONOMICI DELLE MANOVRE (IMPATTO PER ANNO)					
MANOVRE	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
Blocco turnover	-	10.127	22.508	27.215	31.952
Allineamento quota fondi per contrattazione integrativa	-	-	9.081	8.856	-
Allineamento costo medio procapite per ruolo	-	-	2.738	2.678	2.609
Manovra IRAP per riduzione costo personale	-	1.993	3.835	4.311	4.186
Sub totale manovre	-	12.120	38.162	43.060	38.747
Allineamento crescita costi personale a media nazionale	-	17.744	19.316	21.548	23.982
Totale manovra personale	-	29.864	57.478	64.608	62.729
Manovra su beni e servizi per interventi di chiusura/riconversione	-	-	21.159	42.319	21.159
Manovra per allineamento crescita beni e servizi a media nazionale e centralizzazione acquisti	-	32.748	40.019	49.842	62.831
Totale manovra beni e servizi	-	32.748	61.178	92.161	83.991
Manovra su farmaci e emoderivati per interventi di chiusura/riconversione	-	-	5.594	11.188	5.594
Incremento per spostamento a distribuzione diretta	-	- 25.900	-	-	-
Totale manovra su farmaci ed emoderivati	-	- 25.900	5.594	11.188	5.594
Riduzione farmaceutica convenzionata	15.000	57.000	20.000	15.000	-
Effetto mantenimento tasso di crescita farmaceutica convenzionata	-	-	10.940	- 3.939	- 3.748
Totale manovra farmaceutica convenzionata	15.000	57.000	30.940	11.061	- 3.748
Riduzione tetti al privato (per chiusura pl privati)	-	10.829	10.829	10.829	10.829
Manovra per blocco dei tetti per il triennio	56.150	66.095	10.350	10.772	11.210
Totale manovra ospedaliera da privato	56.150	76.924	21.179	21.601	22.039
Totale impatti manovre	-	170.636	176.369	200.618	170.605
Altri allineamenti tassi di crescita	52.941	133.165	58.794	84.636	96.904
TOTALE MANOVRE	124.090	303.801	235.163	285.254	267.509

17.6 IMPATTO DELLE MANOVRE: EFFETTO CUMULATO

IMPATTI MANOVRE CUMULATE						
		Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
TENDENZIALE	TOTALE RICAVI NETTI	3.185.044	3.197.150	3.262.990	3.330.186	3.398.766
	TOTALE COSTI INTERNI	2.055.044	2.173.678	2.306.275	2.453.777	2.619.186
	TOTALE COSTI ESTERNI	1.382.198	1.447.067	1.519.119	1.599.427	1.689.245
	TOTALE COMPONENTI FINANZIARIE E STRAORDINARIE	160.661	164.412	169.419	174.609	179.990
	RISULTATO ECONOMICO TENDENZIALE	- 412.860	- 588.008	- 731.823	- 897.628	- 1.089.655
MANOVRE CUMULATE	Blocco turnover		10.127	32.635	59.850	91.802
	Allineamento quota fondi per contrattazione integrativa		-	9.081	17.937	17.937
	Allineamento costo medio procapite per ruolo		-	2.738	5.416	8.025
	Manovra IRAP per riduzione costo personale		1.993	5.828	10.139	14.325
	Sub totale manovre		12.120	50.282	93.342	132.089
	Allineamento crescita costi personale a media nazionale		17.744	37.060	58.607	82.590
	Totale manovra personale		29.864	87.342	151.950	214.679
	Manovra su beni e servizi per interventi di chiusura/riconversione		-	21.159	63.478	84.638
	Manovra per allineamento crescita beni e servizi a media nazionale e centralizzazione acquisti		32.748	72.767	122.610	185.441
	Totale manovra beni e servizi		32.748	93.927	186.088	270.079
	Manovra su farmaci e emoderivati per interventi di chiusura/riconversione		-	5.594	16.781	22.375
	Incremento per spostamento a distribuzione diretta		- 25.900	- 25.900	- 25.900	- 25.900
	Totale manovra su farmaci ed emoderivati		- 25.900	- 20.306	- 9.119	- 3.525
	Riduzione farmaceutica convenzionata	15.000	57.000	77.000	92.000	92.000
	Effetto mantenimento tasso di crescita farmaceutica convenzionata		-	10.940	7.000	3.252
	Totale manovra farmaceutica convenzionata	15.000	57.000	87.940	99.000	95.252
	Riduzione tetti al privato (per chiusura pl privati)		10.829	21.658	32.487	43.316
	Manovra per blocco dei tetti per il triennio	56.150	66.095	76.445	87.216	98.426
	Totale manovra ospedaliera da privato	56.150	76.924	98.103	119.703	141.742
	c=a+b	Totale impatti manovre		170.636	347.005	547.622
d	Altri allineamenti tassi di crescita	52.941	133.165	191.960	276.596	373.499
d+c	TOTALE MANOVRE	124.090	303.801	538.964	824.218	1.091.727
	RISULTATO ECONOMICO PROGRAMMATICO	- 288.769,32	- 284.207	- 192.859	- 73.410	2.072

17.7 CONTI ECONOMICI PROGRAMMATICI 2009 -2013

CONTO ECONOMICO	Consuntivo 2008	TENDENZIALE	PREVISIONE A CHIUDERE	CAGR 2005-2008	CAGR 2005-2009 previsione	PROGRAMMATICO				CAGR 2009 2013	CAGR 2010 2013
		ANNO 2009	ANNO 2009			Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013		
	€/000	€/000	€/000	%	%	€/000	€/000	€/000	€/000		
A1 Contributi F.S.R.	3.113.247	3.123.007	3.123.007	4,3%	3,3%	3.134.874	3.199.453	3.265.362	3.332.628	1,6%	2,1%
A2 Saldo Mobilità	13.663	-	-								
A3 Entrate Proprie	54.519	60.586	60.586	-2,8%	0,5%	60.817	62.069	63.348	64.653	1,6%	2,1%
A4 Saldo Intramoenia	1.442	1.450	1.450	0,6%	0,6%	1.459	1.467	1.476	1.485	0,6%	0,6%
Totale Ricavi Netti	3.182.871	3.185.044	3.185.044		3,4%	3.197.150	3.262.990	3.330.186	3.398.766	1,6%	2,1%
B1 Personale	1.254.574	1.301.564	1.301.564	3,9%	3,9%	1.322.675	1.320.092	1.313.025	1.309.977	0,2%	-0,3%
B2 Prodotti Farmaceutici Ed Emoderivati	145.304	163.553	163.553	12,6%	12,6%	189.453	183.860	172.672	167.078	0,5%	-4,1%
B3 Altri Beni E Servizi	450.220	491.484	491.484	8,2%	8,5%	506.228	500.255	472.944	465.973	-1,3%	-2,7%
B4 Ammortamenti E Costi Capitalizzati	9.316	12.248	12.248	4,3%	10,5%	12.860	13.503	14.178	14.887	5,0%	5,0%
B5 Accantonamenti	60.274	86.195	86.195		73,4%	86.523	88.305	90.124	91.981	1,6%	2,1%
B6 Variazione Rimanenze	- 3.115	-	-			-	-	-	-		
Totale Costi Interni	1.916.573	2.055.044	2.055.044	6,3%	6,5%	2.117.739	2.106.015	2.062.944	2.049.896	-0,1%	-1,1%
C1 Medicina Di Base	225.066	230.220	230.220	0,7%	1,1%	235.492	240.885	246.401	252.044	2,3%	2,3%
C2 Farmaceutica Convenzionata		502.698	487.698	1,2%	0,5%	436.674	427.155	422.406	432.544	-3,0%	-0,3%
C3.1 Prestazioni Da Privato-Ospedaliera	234.594	244.150	188.000	4,1%	-2,5%	177.171	166.342	155.513	144.684	-6,3%	-6,5%
C3.2 Prestazioni Da Privato-Ambulatoriale	114.946	125.106	114.946	8,8%	6,6%	114.946	114.946	114.946	114.946	0,0%	0,0%
C3.3 Prestazioni Da Privato-Riabilitazione Extra Ospedaliera	66.910	82.035	66.910	-2,8%	-2,1%	66.910	66.910	66.910	66.910	0,0%	0,0%
C3.4 Altre Prestazioni Da Privato	170.334	197.990	170.334	15,0%	11,1%	170.334	170.334	170.334	170.334	0,0%	0,0%
C3 Prestazioni Da Privato	586.784	649.280	540.190	6,8%	2,9%	529.361	518.532	507.703	496.874	-2,1%	-2,1%
Totale Costi Esterni	1.308.462	1.382.198	1.258.108	3,5%	1,6%	1.201.527	1.186.571	1.176.510	1.181.462	-1,6%	-0,6%
Totale Costi Operativi (B+C)	3.225.035	3.437.242	3.313.152	5,1%	4,5%	3.319.267	3.292.587	3.239.454	3.231.358	-0,6%	-0,9%
Margine Operativo (A-D)	- 42.164	- 252.199	- 128.108			- 122.117	- 29.597	90.731	167.408		-211,1%
F1 Svalutazione Crediti, Rivalutazioni E Svalutazioni Finanzia	1.063	-	-			-	-	-	-		
F2 Saldo Gestione Finanziaria	26.914	40.599	40.599	42,1%	44,2%	40.753	41.593	42.450	43.324	1,6%	2,1%
F3.1 IRAP	87.820	93.062	93.062	2,6%	3,5%	94.571	94.387	93.881	93.663	0,2%	-0,3%
F3.2 IRES	277	277	254	-44,2%	-36,8%	254	254	254	254	0,0%	0,0%
F3.3 Altri oneri fiscali	1.739	1.739	1.433			1.433	1.433	1.433	1.433	0,0%	0,0%
F3 Oneri Fiscali	89.836	95.078	95.078	2,7%	3,5%	96.258	96.074	95.568	95.350	0,1%	-0,3%
F4 Saldo Gestione Straordinaria	33.870	24.984	24.984			25.079	25.596	26.123	26.661	1,6%	2,1%
Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	151.683	160.661	160.661	20,6%	16,7%	162.091	163.262	164.141	165.336	0,7%	0,7%
Risultato Economico (E-F)	- 193.847	- 412.860	- 288.769			- 284.207	- 192.859	- 73.410	2.072		

18 CONCLUSIONI: IMPEGNI A BREVE

Il Piano nasce dalla crescita costante della spesa sanitaria e della domanda sanitaria, problemi che non possono essere risolti solo con interventi congiunturali, con una mera bonifica delle aree di spreco e d'inefficienza, requisito certo necessario ma non sufficiente, o con legittimi richiami all'appropriatezza, opportuni per promuovere e diffondere processi gestionali virtuosi ma che si rivelano, scarsamente influenti sulle vere dinamiche di contenimento della spesa.

Non vi è dubbio allora che, quando parliamo di sanità nella fattispecie nella Regione Calabria diventi necessario, quanto imprescindibile, unire ai necessari sforzi di risanamento per quanto riguarda l'individuazione di aree di spreco e d'inefficienza gestionale e organizzativa, a livello di pianificazione come di erogazione delle prestazioni sanitarie, la sperimentazione di una nuova cultura di governo.

A questo proposito, l'obiettivo che la Regione Calabria intende raggiungere con il Piano di rientro/Piano di riqualificazione è quello di riportare il cittadino al centro del Sistema sanitario, privilegiando strumenti e azioni volti ad erogare le prestazioni necessarie, nella modalità nel migliore setting assistenziale: quanto più l'uso dell'assistenza clinica e assistenziale, si avvicini a comprendere e ad intervenire, sul reale problema del paziente, sfruttando in maniera mirata le risorse che ha a disposizione, tanto più il suo uso sarà appropriato.

L'adozione all'interno delle Aziende Sanitarie di questa prospettiva di "clinical governance" che entri nel merito dell'appropriatezza delle prescrizioni, delle terapie, e dei comportamenti clinici e gestionali sarà, inoltre, anche un modo per rispondere all'imperativo etico della mission del SSR che consiste nell'assicurare e nel garantire i Livelli Essenziali di Assistenza all'intera popolazione.

Secondo questo approccio, il riequilibrio assistenziale, nel giovare al cittadino, diviene anche, condizione favorente, il raggiungimento del riequilibrio economico, patrimoniale e finanziario.

Il Piano nella sua struttura triennale è una operazione di estrema complessità i cui risultati tangibili, saranno percepibili dai cittadini in maniera progressiva; Gli obiettivi principali del piano e gli assi su cui si intende agire sono:

1. la ristrutturazione della rete dell'offerta territoriale e la riqualificazione della rete dell'offerta ospedaliera attraverso il bilanciamento territorio-ospedale;
2. la riorganizzazione e il rafforzamento delle procedure e delle strutture di monitoraggio e controllo amministrativo-gestionale e della analisi della produzione.

La regione per rispondere alle esigenze stringenti del territorio ha già avviato azioni innescando il processo di cambiamento e attraverso le seguenti ulteriori attività attende nel breve periodo i primi risultati di una inversione di tendenza.

- Avvio immediato delle operazioni di riconciliazione del debito
- Avvio immediato di confronti con istituzioni e parti sociali del processo di riqualificazione del sistema
- Avvio campagna comunicativa
- SUA: espletamento prime gare centralizzate
- Accordo per distribuzione diretta e per conto
- Avvio procedure gare sistema informativo
- Completamento della analisi del fabbisogno della rete entro 90 giorni ed immediata applicazione
- Rafforzamento della struttura dipartimentale attraverso personale qualificato nelle seguenti aree:
 - Area economico finanziaria
 - Area produttivo gestionale
 - Area epidemiologica
 - Area farmaceutica
 - Area legale/contrattualistica