

**RELAZIONE FINALE E
PIANO STRATEGICO
DERIVANTE DALLA MISURA DELLE
PRESTAZIONI
CON LA METODOLOGIA
DEL PUNTO DI OTTIMALITA'**

Considerazioni preliminari

Le azioni programmatiche da mettere in atto per contenere da un lato la spesa sanitaria nelle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere e dall'altro il dare risposte sanitarie alla popolazione assistita è un compito molto arduo. Nel mondo sanitario, rispetto a quanto fissato nella legge 502/92 e s.m.i., molte cose sono state cambiate sia dal nuovo piano sanitario nazionale che dal piano sanitario regionale. Se a queste norme nazionali si aggiungono tutte le direttive regionali, si comprende quanto sia arduo e difficile gestire bisogni sanitari con efficienza ed efficacia di azione. Complessivamente la politica sanitaria Nazionale va sempre più verso una maggiore razionalizzazione della spesa puntando su forme di prevenzione. In questo rapporto le Aziende Sanitarie devono farsi carico di seguire da vicino ogni cittadino utente in modo da soddisfare i suoi bisogni di salute in termini preventivi o erogativi comprando o fornendo prestazioni sanitarie.

Il Direttore Generale deve conciliare la compatibilità della politica aziendale con la politica di programmazione della regione. Nel corso del 2009 è stato applicato un metodo di misura dei punti di ottimalità per un set di prestazioni sanitarie, questo per consentire di dare una leva alla Direzione Generale per una riorganizzazione e ristrutturazione dell'Azienda Sanitaria, tale da vincere la mentalità e la cultura acquisita in tanti anni dalla Dirigenza, abituata ad una gestione burocratico-giuridica. Mentalità che è agli antipodi dei principi della legge di Riforma fondati sui nuovi criteri gestionali fissati dal legislatore per le aziende sanitarie. Peraltro, dato l'aspetto culturale del problema, ogni iniziativa tendente alla riorganizzazione dei vari settori sanitari ed amministrativi deve "convincere" il dirigente a gestire le risorse assegnate e con esse riuscire a rendere produttiva in termini aziendale la struttura ad esso assegnata.

La compatibilità dei dati economici del 2008 risulta in parte compromessa, in quanto gli strumenti contabili non consentono di effettuare analisi ai livelli di dettaglio auspicati. Inoltre la struttura degli strumenti contabili consente solo di controllare le risorse assegnate e parzialmente i risultati. L'analisi dell'informazione acquisita, la verifica dei risultati, il conseguente controllo direzionale saranno per l'anno 2010 il **presupposto indispensabile** per migliorare l'azione di gestione da parte della direzione generale. Come già accennato dal 1992 ad oggi il quadro di riferimento per le condizioni di accesso alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale è stato in continuo mutamento e ciò a causa della necessità di contenimento della spesa pubblica e sanitaria. Si sono succeduti negli anni interventi atti a ridefinire la quantità delle risorse, di agevolarne un uso più efficiente, di stabilire dei parametri obiettivi di riferimento per la dotazione e l'utilizzo di strutture essenziali. Ma tali provvedimenti, sia a livello nazionale che a livello regionale non hanno potuto trovare reale applicazione nella gestione delle Aziende Sanitarie vista la carenza di strumenti manageriali, la mancanza di continuità nei vertici delle aziende, la carenza culturale della Dirigenza che hanno reso più difficile l'ottenimento dell'efficienza, dell'efficacia e dell'economicità voluto dalla legge di riordino del SSN.

Nell'anno 2009 con la nostra metodologia di miglioramento abbiamo creato le premesse che consentiranno, a partire dal 2010 di recuperare in parte i ritardi precedentemente accumulati e, successivamente, assicurare a regime la gestione manageriale, in linea con le norme nazionali e regionali.

RELAZIONE PREVISIONALE PROGRAMMATICA UTILIZZO DEL PIANO DI MIGLIORAMENTO

La Relazione Finale Programmatica definita nel piano di miglioramento gestionale assume indubbiamente un ruolo preminente nell'ambito dei documenti di pianificazione e programmazione che la Direzione Generale deve adottare per l'anno 2010. Il tutto inserito nel quadro normativo introdotto dal legislatore con l'art. 1-quater della L. 26/4/1983, n. 131, di conversione del decreto legge 28/2/1983, n. 55, come un documento da allegare al bilancio annuale di previsione, per il periodo coperto dal bilancio pluriennale della Regione. In tale ambito, la RPP poteva essere

considerata il prodotto dell'indagine prospettica, volta ad identificare le condizioni ambientali ed aziendali per procedere a definire gli obiettivi strategici, generali e particolari da perseguire in un certo periodo di tempo.

Attualmente, le previsioni normative relative alla RPP sono contenute nel PSR di cui alla legge 11/2004 (ancora oggi vigente in prorogatio) ed all'art. 170 del TUEL. Il primo comma di tale articolo stabilisce che essa debba essere allegata al bilancio annuale di previsione ed avere un'estensione temporale pari a quella del bilancio pluriennale. La relazione è predisposta dall'organo di governo dell'azienda e segue le vicende del bilancio per quanto riguarda la sottoposizione all'Organo di Controllo. Essa ha carattere generale, e, secondo il modello introdotto (con poche varianti per le diverse tipologie di enti) dal D.P.R. 3 agosto 1998 n. 326 in attuazione dell'art. 12 del D.Lgs. 77/1995 (successivamente trasposto nell'art. 160 TUEL) innanzitutto illustra le **caratteristiche generali della popolazione, del territorio, dell'economia insediata e dei servizi dell'ente**, precisandone **risorse umane, strumentali e tecnologiche**, per poi proseguire con **un'analisi delle entrate e delle spese dell'ente**. Per la parte relativa alle entrate comprende una valutazione generale sui mezzi finanziari, individuando le fonti di finanziamento ed evidenziando l'andamento storico degli stessi ed i relativi vincoli. Per la parte relativa alla spesa la relazione è redatta per programmi e per eventuali progetti, con espresso riferimento ai programmi indicati nel bilancio annuale e nel bilancio pluriennale, rilevando l'entità e l'incidenza percentuale della previsione con riferimento alla spesa corrente consolidata, a quella di sviluppo ed a quella di investimento (*art. 170 TUEL, commi 2 e 3. La spesa corrente consolidata è stata definita dalla Circ.Min. Interno F.L. 10/1980 del 24 ottobre 980 come: «(...) le spese correnti normali o ripetitive che hanno il loro fondamento nelle leggi, nei regolamenti, nei contratti o in atti deliberativi e che per il loro carattere di rigidità non lasciano possibilità di manovra all'amministrazione. Solo questa particolare operazione offre gli elementi per individuare le spese, sia correnti sia d'investimento, che l'amministrazione autonomamente decide di effettuare per l'ampliamento o per il miglioramento dei servizi esistenti, per l'istituzione di nuovi servizi e per l'assunzione di spese»*). Ciascun programma deve specificare le finalità che s'intendono perseguire, nonché le risorse umane e strumentali ad esso destinate, distintamente per ciascuno degli esercizi in cui il programma si articola, motivando specificatamente le scelte adottate. La relazione fornisce, inoltre, la dimostrazione motivata delle variazioni intervenute rispetto all'esercizio precedente. Per gli organismi gestionali dell'ente locale, la relazione indica anche gli obiettivi che si intendono raggiungere, sia in termini di bilancio che in termini di efficacia, efficienza ed economicità del servizio. Comprende inoltre una sezione relativa allo stato di attuazione dei programmi deliberati negli anni precedenti, con le relative valutazioni, ed, infine, un prospetto per la rilevazione dei dati finanziari rilevanti ai fini del consolidamento dei conti pubblici. In questo contesto la metodologia proposta nella MISURA dei PUNTI di OTTIMALITA' assume particolare importanza.

Le previsioni dell'art. 170 citato possono, perciò, essere viste come il risultato della volontà di applicare ed affermare una logica di azione per obiettivi, programmi e risultati. La programmazione di medio-lungo periodo consiste proprio nell'attività di traduzione in termini operativi di ciò che è stato deciso in sede di pianificazione.

La definizione di *programma* è fornita dalla normativa all'art. 165, comma 7, del TUEL «(...) costituisce il **complesso coordinato di attività**, anche normative, **relative alle opere da realizzare e di interventi diretti ed indiretti, non necessariamente solo finanziari, per il raggiungimento di un fine prestabilito, nel più vasto piano generale di sviluppo dell'ente**.

La RPP si inserisce all'interno del complessivo processo di programmazione a medio termine. Il documento dei macro obiettivi è formulato anche sulla base di una relazione concernente il quadro delle risorse disponibili, redatta, generalmente entro la fine di giugno, dal direttore generale. Il direttore generale illustra il documento al comitato di direzione; dopodiché ogni "area" o macro-area tiene delle apposite riunioni in cui i macro obiettivi stessi vengono specificati (per la parte di

propria pertinenza). Partecipano alle riunioni i dirigenti di area, i responsabili delle U.O. e dei servizi (facenti capo a quella data area). In base a questa “specificità” di dettaglio dei macro obiettivi in sotto obiettivi, ed infine in azioni, vengono formulate, sempre a livello decentrato, le proposte di stanziamento per il PEG (Piano Esecutivo di Gestione), queste, aggregate per area, giungono alla direzione generale entro il mese di settembre. A questo punto si avvia un processo di negoziazione delle proposte avanzate, sia in termini di obiettivi/azioni che di stanziamenti richiesti, che coinvolge inizialmente il comitato di direzione e, di seguito, le stesse aree (con relativi servizi ed U.O.) al fine di arrivare ad una “quadratura” tra risorse disponibili e proposte pervenute.

In conclusione è in questo documento che la “politica aziendale” ritrova il suo momento più alto di collettore delle istanze collettive dovute al bisogno di salute, dovendo rendere palesi le “scelte di fondo” assunte, gli obiettivi che si intendono perseguire in futuro e, quindi, in che modo l’azienda stessa intende rapportarsi con gli altri enti ed associazioni di categoria operanti nello scenario socio-economico-sanitario. In particolare, la RPP si qualifica come un “momento di scelta” in quanto, di fronte alla molteplicità delle classi di bisogno da soddisfare e data, contemporaneamente, la scarsità della ricchezza che si renderà disponibile, spetta all’organo politico dell’azienda operare le necessarie “selezioni” e stabilire i correlativi vincoli affinché, negli anni a venire, si possano conseguire le finalità poste impiegando in modo efficiente i ridotti mezzi disponibili.

ANALISI DEGLI OBIETTIVI DEL PIANO DI MIGLIORAMENTO NEL CONTESTO DI PSR

Il P. S. R. si vuole connotare come un patto di solidarietà per la salute che impegni contestualmente le istituzioni preposte alla tutela della salute, gli operatori sanitari e i cittadini. Da decenni l'OMS, e per essa in particolare il suo Ufficio Regionale per l'Europa, non si stanca di sottolineare l'influenza del comportamento di ciascuno di noi sulle condizioni della salute non solo nostra ma anche quella dell'intera popolazione. Soprattutto nei paesi a elevato livello di sviluppo economico, ove l'accentuato tasso di invecchiamento si accompagna a una pronunciata prevalenza delle malattie cronico-degenerative, la salute, e più in particolare la qualità della vita della popolazione, dipende sempre meno dalla funzionalità dei sistemi sanitari e sempre più da fattori a questi esterni, quali fattori ambientali (la stessa sopravvivenza dell'intera umanità dipende dalla nostra capacità di controllare i processi di inquinamento tutt'ora in atto dell'atmosfera, delle acque, del suolo) e comportamentali. Il nuovo P.S.R. rilancia la salute come un bene, anzi come un capitale che ognuno di noi deve conservare o ancora meglio potenziare, tramite "opportuni investimenti". L'osservanza di misure igieniche e di norme profilattiche elementari, un'alimentazione sana ed equilibrata, un moderato uso di bevande alcoliche, il rifiuto del tabagismo, la pratica di attività sportive possono far auto-riprodurre la nostra salute. Sulla base di queste considerazioni il Ministero della Sanità e di concerto la nostra Regione con il P.S.R., ritiene che alla tutela e alla promozione della salute siano chiamate a collaborare attivamente varie branche della Pubblica Amministrazione. Si consideri, ad esempio, l'importanza del ruolo assunto dal Ministero del Lavoro (per la normativa attinente le malattie professionali, gli infortuni sul lavoro e oggi la qualità di vita del lavoratore), dal Ministero dei Trasporti (le morti e le inabilità conseguenti ad incidenti stradali sono, purtroppo, in costante crescita). Ovviamente gli esempi potrebbero continuare. Da una parte, dunque, si punta su una responsabilizzazione dei cittadini, personale, diretta e consapevole, nei riguardi del loro benessere fisico, psichico e sociale, e dall'altra, alla valorizzazione delle competenze e delle disponibilità professionali ed umane degli operatori del SSN. Questi ultimi, infatti, rappresentano lo strumento essenziale per assicurare il buon funzionamento del servizio, l'efficacia degli interventi e la soddisfazione dei cittadini attraverso l'umanizzazione del rapporto medico/paziente, e più in generale la graduale eliminazione del "rapporto di agenzia".

LIVELLI DI ASSISTENZA SANITARIA IN ITALIA

Sebbene gli obiettivi attribuiti al sistema sanitario possono variare profondamente da paese a paese, ogni sistema persegue tre finalità principali:

Mantenere sotto controllo l'ammontare di risorse destinate alla produzione ed all'erogazione dei servizi sanitari,

- Contribuire al mantenimento, miglioramento e recupero dello stato di salute,
- Garantire condizioni di equità di accesso.

Il nostro sistema sanitario, condividendo queste finalità, si colloca tra i sistemi sanitari di tipo universalistico. Come tale garantisce livelli uniformi di assistenza sull'intero territorio nazionale e all'intera collettività dei cittadini.

Il Piano della Salute per la nostra Regione, rifacendosi alla normativa vigente, prevede tre grandi macro aree di offerta, identificati nei seguenti tre livelli di assistenza:

- L'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (Prevenzione),
- L'assistenza distrettuale,
- L'assistenza ospedaliera.

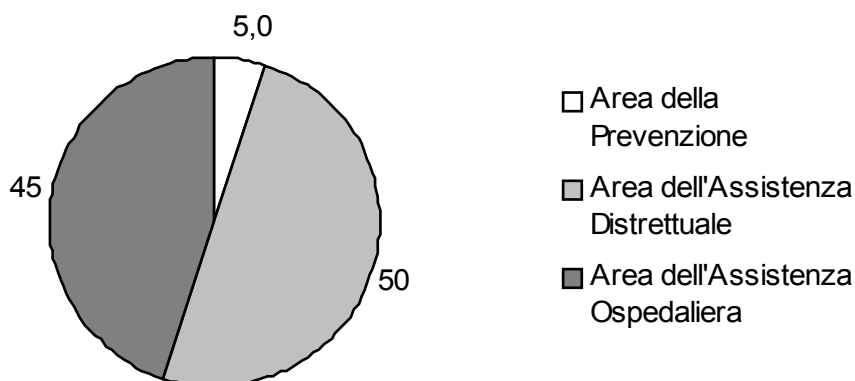
La nuova articolazione del Piano Sanitario in tre livelli di assistenza (il precedente ne contemplava sei) si rifà alla "nuova" necessità di puntare su attività volte alla prevenzione, sia a livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, sia a livello di assistenza distrettuale.

La somma destinata al Fondo Sanitario Regione viene ripartita nei livelli di assistenza con le seguenti percentuali: alla prevenzione spetterà il 5%, all'area distrettuale toccherà il 50% del totale della quota capitaria, vedendosi così assegnato il 5% in più rispetto alla percentuale che spetterà all'area ospedaliera pari al 45%.

Le percentuali di cui sopra sono comprensive dei costi generali di gestione delle attività.

Rappresentando graficamente questo riparto avremo:

Grafico 1 – Percentuali di finanziamento dei livelli di assistenza sanitaria



IL RIPARTO DEL FINANZIAMENTO NEI SUB-LIVELLI DI ASSISTENZA

I livelli di assistenza come individuati dal PSN si articolano in sotto-livelli, così individuati:

ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO:

- Igiene e Sanità Pubblica
- Igiene degli alimenti e nutrizione
- Prevenzione e sicurezza dei rischi connessi con gli ambienti di vita e di lavoro
- Sanità pubblica veterinaria

ASSISTENZA DISTRETTUALE:

- Medicina di base e pediatria di libera scelta
- Emergenza sanitaria territoriale
- Assistenza farmaceutica territoriale
- Assistenza integrativa e protesica
- Assistenza specialistica ambulatoriale (compresa la specialistica ospedaliera)
- Assistenza ambulatoriale e domiciliare – cure termali
- Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale

ASSISTENZA OSPEDALIERA:

- Attività non tariffabile e funzioni presidi ospedalieri a gestione diretta
- Quota per attuazione indirizzi del PSR
- Assistenza per acuti (emergenza, ordinaria e in day hospital), sia a gestione diretta che indiretta

Il SSN assicura i livelli di assistenza definiti dallo stesso PSN, attraverso l'adeguamento l'inflazione della quota capitaria. Mantenendo questo parametro e nelle more di attivazione a regime della devolution si prevede per ogni cittadino della Regione Calabria una quota capitaria nell'anno 2009 di € 1.669,03 (***questa quota viene ridotta a € 1.574,58 a seguito di accantonamenti a livello regionale***) per l'anno 2010 € 1.700,75 (ipotesi di un incremento del 2,5 %) ed infine € 1.733,26 (ipotesi di mantenimento inflazione al 2,5%).

La quota per le attività di supporto

Il PSN e di conseguenza il PSR considera la struttura dei servizi generali e di management, compresi quelli relativi alla raccolta ed elaborazione dei dati per ogni livello assistenziale, come attività di supporto per l'erogazione delle prestazioni ed attività contemplate dai livelli di assistenza. Questa considerazione assume che il livello di supporto all'organizzazione delle attività non sia più separato (come accadeva, appunto, in passato: livello 6 del PSN 1994/96) ma strettamente funzionale all'organizzazione ed all'erogazione delle attività comprese negli altri livelli di assistenza. Anche alla luce del D.Lgs. 150/2009. Ai fini della nostra analisi, tuttavia, in relazione alle attività di miglioramento, continueremo ad attribuire la stessa percentuale di finanziamento di cui godevano nella precedente ripartizione del Fondo sanitario, vale a dire il 4,38% della quota capitaria.

La suddivisione del finanziamento dell'area territoriale nei sub-livelli di assistenza

Il Distretto sanitario nel PSR vede ricomporsi al suo interno i tre livelli di assistenza (relativi all'assistenza sanitaria di base, all'assistenza specialistica, semi-residenziale territoriale e all'assistenza residenziale sanitaria: livelli 2, 3 e 5 del PSN 94/96) precedentemente classificati separatamente, ma fortemente interdipendenti.

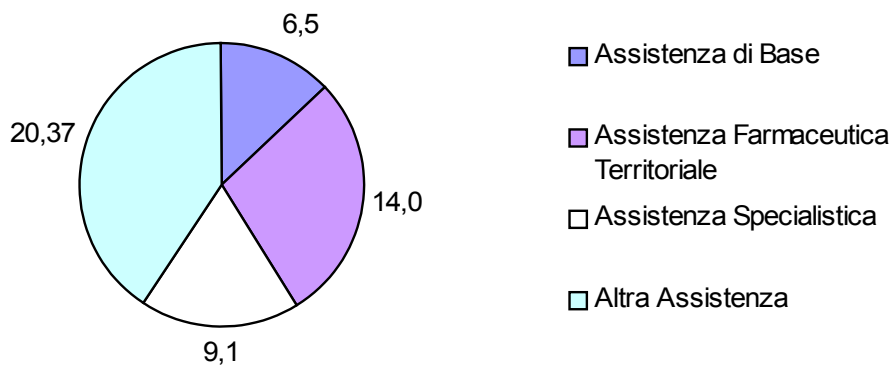
La nuova configurazione nasce dall'esigenza di conferire al Distretto una precisa identità per quanto riguarda le attività di assistenza sanitaria di carattere extra-ospedaliero.

Alla luce delle nuove percentuali di finanziamento, all'Area Distrettuale Territoriale toccherà il 50% delle risorse, pari a € 147.133.764,70 da distribuirsi tra i sotto-livelli disaggregando l'importo complessivo della quota capitaria per il numero di abitanti nelle seguenti percentuali:

- all'Assistenza di base e pediatri di libera scelta toccherà il 6,5%,
- all'Emergenza territoriale toccherà il 2,5%
- all'Assistenza Farmaceutica territoriale toccherà il 14%
- all'Assistenza integrativa e protesica toccherà il 1,8%
- all'Assistenza specialistica ambulatoriale il 9,13%,
- all'Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare cure termale il 2,6%,
- alle Assistenza territoriale semi-residenziale e residenziale il 13,52%.

Dai dati di cui sopra si evidenzia il seguente schema di riparto di finanziamento destinato all'Area Territoriale:

Grafico 2- Percentuali di finanziamento dell'Area Territoriale



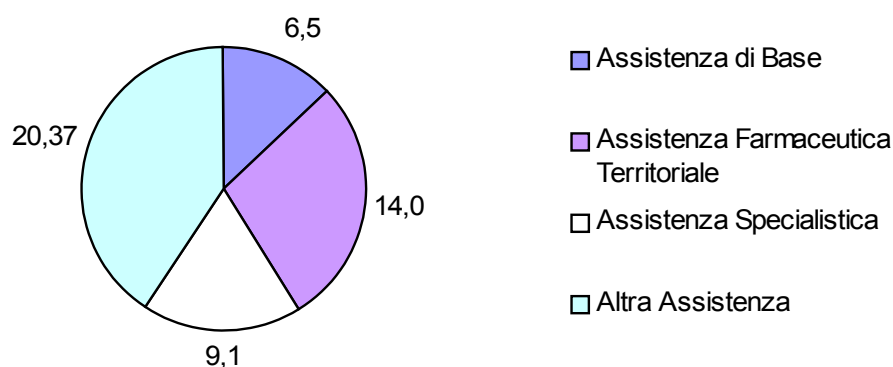
Notiamo esplicitamente che le percentuali di cui sopra comprendono sia i costi per gli acquisti di beni e servizi che i costi del personale dipendente direttamente impiegato all'erogazione del servizio stesso.

Il costo di tale attività, che chiameremo "costi generali di funzionamento dell'Assistenza Territoriale" può essere stimato nel valore del 6% dell'intero finanziamento attribuito all'Area Territoriale.

Alla luce di quanto detto finora si può proporre un piano di riparto del finanziamento che metta in luce e le risorse destinate ai livelli di assistenza veri e propri e alle attività di supporto sia a livello centrale che periferico.

Dai dati di cui sopra si evidenzia il seguente schema di riparto di finanziamento destinato all'Area Territoriale:

Grafico 3 – Percentuali di finanziamento dell'Area Territoriale



Notiamo esplicitamente che le percentuali di cui sopra comprendono sia i costi per gli acquisti di beni e servizi che i costi del personale dipendente direttamente impiegato all'erogazione del servizio stesso.

Il costo di tale attività, che chiameremo "costi generali di funzionamento dell'Assistenza Territoriale" può essere stimato nel valore del 6% dell'intero finanziamento attribuito all'Area Territoriale.

Alla luce di quanto detto finora si può proporre un piano di riparto del finanziamento che metta in luce e le risorse destinate ai livelli di assistenza veri e propri e alle attività di supporto sia a livello centrale che periferico.

DEFINIZIONI DI PIANO SECONDO GLI ATTI D'INDIRIZZO NELLA REALIZZAZIONE DI PROGETTO

Questo momento programmatico è stato disaminato in:

- Contesto Geo Funzionale dell'Azienda Sanitaria Provinciale.
- Strutture Organizzative dell'azienda.
- Prestazioni da erogare per l'ottimalità prestazionale.

Contesto Geo Funzionale

Il documento è un'illustrazione analitica del contesto geo-morfologico del territorio in cui opera l'Azienda, correlato alle strutture di erogazione dell'assistenza sanitaria e ai bisogni della popolazione.

Parlare delle condizioni di salute di una popolazione è cosa estremamente ardua giacché l'argomento sfugge ad un inquadramento univoco. Le condizioni di salute possono essere valutate in un'ottica oggettiva, cioè basata sulla mortalità, sull'invalidità, o in un'ottica soggettiva, cioè basata sulla personale percezione del proprio stato di salute. Ancora, si può pensare che, dato che lo stato di salute è un fattore di ricorso o meno ai servizi sanitari, uno strumento indiretto di valutazione delle condizioni di salute possano essere degli indicatori di domanda, quali il tasso di ospedalizzazione, il tasso di ricorso a visite mediche, l'uso di farmaci. Di fatto, la salute è un concetto complesso e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la definisce come "benessere psico-fisico" che in quanto tale ha una sfaccettatura oggettiva (presenza o meno di malattie), una soggettiva (il modo di viverla e sentirla), una di impatto sul sistema erogatore di cure.

In questi ultimi anni del XX secolo - anni in cui viviamo in tutta la loro forza gli effetti della transizione sanitaria che ha spostato l'ago della bilancia dalle malattie infettive, tipiche del secolo scorso, alle patologie cardio-vascolari, tumorali e cronico-degenerative, tipiche delle società moderne caratterizzate da bassa mortalità, alto tasso di invecchiamento e alti rischi ambientali - diventa quanto mai importante parlare di salute a tutto tondo, integrando cioè i tre aspetti di cui sopra.

Lo stesso PSN, approvato con DPR 23 luglio 1998, conferma l'ambito del diritto alla tutela della salute definito nella legge finanziaria per il 1998 prevedendo i livelli di assistenza, essenziali, efficaci, appropriati ed uniformi. Il Piano intitolato "Patto di solidarietà per la salute", da un lato pone al centro del sistema sanitario il cittadino con i suoi bisogni, e dall'altro impone l'individuazione di modelli di risposta più adeguati alle crescenti aspettative della popolazione.

Sul perché, dunque, la programmazione debba dare primaria importanza ai dati relativi alla popolazione non è il caso di ritornare, se non per confermare che è necessario conoscere i bisogni sanitari della popolazione che l'Azienda è chiamata ad assistere per poter erogare i servizi assolutamente indispensabili a soddisfare questi bisogni. Per cui è stata effettuata un'analisi demografica che ha messo in luce la composizione della popolazione per fasce di assistenza e, quindi, la necessità dei bisogni sanitari.

Strutture organizzative

Il documento riporta l'articolazione delle strutture aziendali classificate come Centri di Costo e Centri di Responsabilità. Per una visione espressiva la mappa dei Centri di Costo, oltre che per codifica, viene presentata sotto forma di organigrammi.

Prestazioni da erogare per l'ottimalità prestazionale

in questo documento sono indicate le attività che si intendono erogare per ogni livello di assistenza. Il volume delle attività indicate viene confrontato con i volumi erogati nell'ultimo triennio. Le attività che si intendono erogare sono aggregate nelle tre grandi aree di assistenza:

- Prevenzione,
 - Assistenza territoriale,
 - Assistenza ospedaliera,
- a loro volta sotto-articolate nelle varie tipologie di prestazioni.

Dividiamo le prestazioni secondo i tre livelli di assistenza, Prevenzione, Distrettuale ed Ospedaliera.

1° Livello: Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro

Il Dipartimento nell'insieme delle sue articolazioni: Igiene degli Ambienti di vita e di lavoro, Igiene degli Alimenti e bevande, Medicina Veterinaria, Medicina Legale, Tutela Ambiente, Educazione Sanitaria ed Epidemiologia, privilegerà le attività definite nei LEA; eventuali attività integrative richieste da evoluzione normativa in materia potranno diventare onerose per l'utenza, in tal caso occorre un intervento della Regione. Il Dipartimento di Prevenzione, oltre alle prestazioni ed attività relative e specifiche di cui in seguito, ha come obiettivo coordinante e di aumento dell'efficacia e dell'efficienza del complesso delle stesse, il potenziamento e l'ampliamento della strutturazione del sistema informativo S.I.Mo.R.A. L'obiettivo – strategico per il passato anno – oramai raggiunto, consente di mettere a fattor comune i dati anagrafici delle Aziende che operano nel territorio e, cosa ancora più importante, consente la condivisione di dati epidemiologici rilevati da tutte le Strutture operanti nel dipartimento di prevenzione. Tali informazioni possono essere posti a sintesi e della qualità e della quantità delle attività delle stesse, in termini di analisi e sviluppo di iniziative coordinate e finalizzate ad obiettivi comuni. Infine l'ottimizzazione dell'uso del sistema in questione promuoverà, per forza di cose, il riordino e la parametrizzazione delle singole attività e, quindi, l'ammodernamento ed il potenziamento dell'organizzazione e dell'organigramma delle singole Strutture.

Per quanto attiene, invece, le singole Strutture afferenti a questo Dipartimento si ritiene opportuno specificarne le iniziative relative a specifiche linee di prodotto le cui prestazioni e attività specifiche – per il 2010 -si riportano di seguito.

Sub Livello: IGIENE PUBBLICA E SANITA' PUBBLICA

Il focus delle attività della Struttura sarà posto su tre linee fondamentali tra quelle reperibili nella normali attività di Istituto con un aumento dei controlli previsti dalla normativa e dal PSR:

- a) lotta alle malattie infettive e diffuse;
- b) tutela della collettività e dei singoli dai rischi derivanti dagli ambienti di vita e lavoro in riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- c) Attività di prevenzione rivolte alla persona coinvolgendo e formando il personale dipendente e convenzionato;
- d) aumento della popolazione da sottoporre a Vaccinazioni;
- e) promozione dei corretti stili di vita promuovendo le attività fisiche e motorie con un corretto monitoraggio della popolazione delle categorie professionali sportive;
- f) analisi epidemiologica delle malattie infettive, cronico degenerative e della patologia ospedalizzata
- g) promozione dell'educazione alla salute attraverso la formazione, informazione e comunicazione del personale degli enti locali, scuola ed organizzazione pubbliche e private;

- h) Prestazioni ed attività di supporto specifiche per come individuato nel DPCM 29/11/2001 e s.m.i., nel PSR di cui alla L.R. 11/2009, nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti e nella L.R. 53/1990 relativamente alla Medicina Legale;
- i) vigilanza e controllo sulle strutture sanitarie pubbliche e private per la verifica ed il monitoraggio dei parametri imposti dalla legislazione nazionale e regionale.

Sub Livello: IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE

La centralità dell'attività della Struttura si impiegherà fondamentalmente su due aspetti che sinergicamente dovranno portare ad un livello più elevato e sicuro delle condizioni di igiene della produzione degli alimenti:

- a) formazione degli Operatori addetti alla produzione alimentare;
- b) aumento della sinergia di comportamento con i produttori- erogatori per il perseguimento della tutela dei consumatori-utenti;
- c) controllo della filiera produttore consumatore;
- d) Potenziamento ed allargamento del servizio ispettivo indirizzato a Pasticcerie, Ristoranti e Rosticcerie.

Sub Livello: PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO

Fermo restando l'obiettivo generale della riduzione del rischio nelle Aziende di ogni comparto assicurata dal normale svilupparsi delle attività connesse alle linee di prodotto del Servizio SPISAL l'attività sarà indirizzata a:

- a) Ridurre il fenomeno infortunistico nei settori di maggiore incidenza statistica in termini di frequenza di accadimento e di gravità agendo sui cardini tradizionali della formazione/informazione e sul livello di vigilanza sul territorio;
- b) Riduzione delle patologie da lavoro con preciso e puntuale riferimento al mesotelioma derivante dal fenomeno amianto e sugli agenti chimici cancerogeni.
- c) Intensificazione delle attività di controllo, vigilanza e messa in sicurezza negli ambienti di lavoro;
- d) Predisposizione di apposite indagini tramite supporto informativo Si.Mo.R.A. per infortuni e malattie professionali.

Sub Livello: SANITA' PUBBLICA VETERINARIA

L'attività delle singole aree in cui è articolata la Struttura di Sanità Animale saranno rispettivamente e particolarmente dedicate a:

Sanità animale

- a) incrementare gli interventi di sorveglianza e vigilanza epidemiologica delle principali zoonosi;
- b) incrementare l'esecuzione di piani di risanamento sostenuti da normative Comunitarie;
- c) potenziare la lotta al randagismo nel territorio dell'azienda.
- d) Attività di vigilanza e controllo di tutti gli allevamenti nei riguardi dell'applicazione del regolamento di polizia veterinaria con specifico riferimento alla prevenzione ed al contenimento di tutte le malattie infettive infestive sia a carattere zoonosico che di esclusivo interesse zoiatrico;
- e) Effettuazione sul territorio dell'azienda della profilassi vaccinale obbligatoria contro la febbre catarrale degli ovini 'Blue-tongue';
- f) Attività di campionamento effettuata anche sulla base di piani programmatici;

- g) Elaborazione ed aggiornamento degli specifici piani e mappe di rischi direttamente connesse a calamità naturali anche di natura non epidemiologica;
- h) Effettuazione sul territorio aziendale del piano nazionale e regionale di eradicazione della (Brucellosi, tubercolosi, leucosi) bovina e della brucellosi ovicaprina, tale da garantire il raggiungimento dell'obiettivo di Regione ufficialmente indenne, di conseguenza bonifica sanitaria, piani di monitoraggio e di controllo, nonché di tutti gli accertamenti previste da normative comunitarie e nazionali;
- i) Attività programmate di sorveglianza delle encefalopatie spongiformi trasmissibili degli animali (TSE) per garantire il mantenimento dell'attuale favorevole situazione sanitaria nei confronti della BSE, esame clinico;
- j) Effettuazione del piano nazionale e regionale di eradicazione della "Malattia Vescicolare dei Suini " che garantisca l'accreditamento della Regione;
- k) Effettuazione del piano nazionale della malattia di Aujeszky e della Peste suina;
- l) Accertamenti diagnostici e cinici ai fini delle attività di compravendita del bestiame " mod. 4 ";
- m) Attuazione del D.P.R. 3 17/96 e Reg. 1760/2000 CE in materia di anagrafe del bestiame;
- n) Igiene urbana veterinaria;
- o) Vigilanza e controllo sulle malattie infettive e diffuse della cosiddetta zootecnia minore;
- p) Interventi inerenti la profilassi antirabbica ivi compresa la cattura e il ricovero degli animali vaganti, l'osservazione degli animali morsicatori presso strutture pubbliche o a domicilio del proprietario o detentore, l'assistenza zoosanitaria nei canali sanitari;
- q) Interventi inerenti la prevenzione del randagismo compresa l'anagrafe canina;
- r) Espletamento di Ufficio Veterinario Adempimenti CEE "controllo degli animali di provenienza comunitaria", per quanto di competenza
- s) Educazione sanitaria in materia di sanità animale;
- t) Adempimenti derivanti dalla qualifica di Ufficiali di polizia giudiziaria;
- u) Gestione delle emergenze veterinarie mediante la predisposizione di piani ed effettuazione delle relative attività, per quanto di competenza.

Il Servizio Veterinario di Sanità Animale, compreso tra i Servizi essenziali, deve assicurare il servizio nell'arco delle 12 ore diurne feriali mediante un'opportuna programmazione e una funzionale e preventiva articolazione degli orari per fare fronte alle esigenze ordinarie e di emergenza, nelle ore notturne e nei giorni festivi le emergenze devono essere assicurate mediante l'istituto della pronta disponibilità.

Il Servizio di Sanità animale è articolato in un livello centrale e in tre subarticolazioni distrettuali (Distretto 1-2-3) il cui ambito coincide con il territorio dei tre DSB.

L'attuale dotazione organica è composta da n.11 Veterinari Dirigenti di cui uno con incarico di Struttura Complessa, tre con incarico di Responsabile di Sub articolazione, n.6 con incarico Professionale e uno con incarico di base.

Le prestazioni e le attività specifiche da erogare sono individuate dai LEA ovvero da specifiche normative comunitarie nazionali e regionali e vengono codificate in linee di attività e prodotti.

Il Servizio per la sua peculiarità eroga prevalentemente prestazioni presso le aziende dislocate sul territorio dei 78 comuni che fanno parte dell'ASP di Catanzaro.

Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

- a) Vigilanza e controllo sulle concentrazioni di animali e sui ricoveri, anche in relazione agli ambienti rurali, silvestri e acquatici;
- b) Certificazione, attestazione, formulazione di pareri preventivi sugli aspetti igienico-sanitari inerenti il rilascio di autorizzazioni sanitarie per le attività di competenza, nullaosta nonché di ogni altro provvedimento amministrativo inerente il Servizio;
- c) Attività di campionamento effettuata anche sulla base di piani programmatici;
- d) Controllo del benessere degli animali vigilanza e controllo sugli impianti di acquicoltura;
- e) Vigilanza e controllo sulla fauna dei parchi naturali, montani marini;
- f) Controllo degli animali domestici, sinantropici e selvatici anche al fine di individuare le modificazioni dell'equilibrio ambientale nel rapporto uomo — animale che possono arrecare danno alla popolazione. Attivando una programmatica sorveglianza delle Encefalopatie Spongiformi trasmissibili degli animali (Tse) per garantire il mantenimento dell'attuale favorevole situazione sanitaria nei confronti della BSE;
- g) Vigilanza e controllo sulle tecniche di allevamento delle produzioni animali anche ai fini della promozione della qualità dei prodotti di origine animale;
- h) Vigilanza e controllo sulla produzione, raccolta, deposito, trasporto, trasformazione e trattamento del latte e dei prodotti lattiero caseari per gli aspetti di competenza;
- i) Farmacovigilanza;
- j) Vigilanza e controllo sulla produzione, commercializzazione e deposito degli alimenti destinati agli animali;
- k) Vigilanza e controllo sugli animali morti, sulla raccolta, sul trattamento ed i relativi impianti sulla distruzione delle carcasse;
- l) Vigilanza e controllo in materia di protezione degli animali utilizzati per fini sperimentali;
- m) Vigilanza e controllo sulla riproduzione animale, fecondazione animale, biotecnologia;
- n) Espletamento piano nazionale e regionale residui, per quanto di competenza;
- o) Espletamento piano nazionale e regionale alimentazione animale;
- p) Vigilanza e controllo sulla produzione delle uova, ad eccezione della commercializzazione;
- q) Vigilanza e controllo sulla produzione del miele, ad eccezione della commercializzazione;
- r) Vigilanza sul trasporto animale da reddito e parere sull'autorizzazione dei mezzi di trasporto;
- s) Vigilanza sugli animali esotici in via di estinzione e pericolosi;
- t) Vigilanza e controllo su arti e professioni veterinarie;
- u) Espletamento adempimenti ufficio veterinario "Adempimenti CE";
- v) Educazione sanitaria in materia di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;
- w) Attuazione dei provvedimenti di polizia veterinaria;
- x) Adempimenti derivanti dalla qualità di ufficiali di polizia giudiziaria;
- y) Vigilanza e controllo sui ricoveri animali, stalle di sosta, fiere e mercati, esposizione di animali, circhi, pubblici abbeveratoi e concentramenti di animali nonché sull'igienicità delle strutture e delle attrezzature;
- z) Gestione dell'emergenze veterinarie ed effettuazione delle relative attività.

Tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale

- a) Verifica preliminare alla realizzazione e/o attivazione e/o modifica;
- b) La vigilanza ed il controllo sugli impianti, le tecnologie ed i mezzi utilizzati, per le attività di competenza;
- c) Gli indirizzi sulla attività di autocontrollo, la supervisione e verifica della stessa, per i settori di competenza;
- d) La vigilanza, il controllo e le ispezioni presso gli impianti di macellazione;
- e) La vigilanza ed il controllo ufficiale sanitario ed annonario, dei prodotti di origine animale e loro derivati per le attività di competenza, anche mediante la predisposizione e l'attivazione di piani, ai fini del:
- f) Rilascio dei pareri tecnici relativi ai regolamenti comunali di igiene
- g) Informazione ed educazione sanitaria in materia di "Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione, trasporto e somministrazione degli alimenti di origine animale e loro derivati per quanto di competenza;
- h) Espletamento adempimenti Ufficio veterinario, Adempimenti Cee (controllo derrate alimentari di origine animale di provenienza comunitaria) per l'attività di competenza;
- i) Adempimenti derivanti dalla qualifica di Ufficiali di polizia giudiziaria;
- j) Gestione delle emergenze veterinarie ed effettuazioni delle relative attività.

Nella nostra azienda per il mantenimenti di questo livello assistenziale si spende in media il 6,2% del finanziamento annuale. Questo è dovuto sia alla forte presenza sul territorio della U.O./servizi che erogano "prevenzione" secondo gli indirizzi di PSR sia alla peculiare distribuzione orografica del nostro territorio.

2° Livello: Assistenza distrettuale

Il territorio dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro è diviso in cinque distretti che a loro volta si suddividono in poli sanitari territoriali.

La legge di riforma sanitaria ed il PSR individua nel Distretto Sanitario la struttura tecnico-funzionale finalizzata alla erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento. Il Distretto è quindi la postazione avanzata dell'Azienda Sanitaria sul territorio. Suoi compiti prioritari sono quelli di individuare i bisogni e di dare risposta alla domanda di salute. Ed è anche il punto di rapporto diretto, in chiave partecipativa, fra servizi e popolazione, come esplicitato da molte leggi regionali.

Il distretto affronta i temi legati alla disgregazione dell'offerta ed alla frammentarietà degli interventi, rappresenta un riferimento preciso e concreto per la popolazione, reintegra il rapporto personale tra operatori ed utenti, esalta il momento preventivo a spese di quello curativo, si accosta al medico convenzionato, lo supporta, lo integra, al fine di evitare al massimo il ricorso al ricovero ospedaliero.

Il primo obiettivo del distretto è quello di analizzare bisogni in termini epidemiologici e la domanda. I bisogni pur animati da ampie oscillazioni, sono più stabili della domanda, che, influenzata da fattori che nulla hanno di sanitario, è soggetta a importanti modificazioni e turbolenze, sia nello spazio che nel tempo. Continuo deve essere il processo di captazione e decodifica dei segnali in ingresso, al fine di adeguarvi la metodologia operativa ed i processi di trattamento. Ed è inutile sottolineare che lo studio dei bisogni in chiave epidemiologica, ma anche dell'offerta, deve essere effettuato proprio in periferia, e ciò al fine di consentire mutui aggiustamenti sul fronte della progettazione, esecuzione, verifica delle specifiche attività.

Il secondo obiettivo del distretto, è quello di selezionare la richiesta di prestazioni di livello specialistico o comunque di secondo livello; così facendo si vede invertire il trend paradossale che vede rappresentare gli ospedali ed i servizi specifici quali necessari, ed i servizi di base quali facoltativi.

Sino ad oggi è sempre l'utente, che organizza, gravosamente, i suoi percorsi assistenziali districandosi in un dedalo di offerte che restano fra loro "diverse" e "distinte". Al paziente invece, specie se rappresentante un bisogno complesso, ci si deve approcciare globalmente; e la risposta al suo bisogno, non potendo essere data da un singolo servizio, deve scaturire dalla confluenza sinergica dell'azione di più operatori che non solo lavorano "vicini", ma, soprattutto, lavorano "insieme", guidati da processi di coordinamento sostanziali.

Perché a livello distrettuale possa realizzarsi la ricomposizione degli interventi in capo al soggetto occorre riorganizzare i processi operativi in modo da garantire:

- monitoraggio dei bisogni e della domanda con attente analisi epidemiologiche
- chiarezza dell'informazione
- accettazione integrata
- organizzazione dell'offerta al fine di evitare duplicazioni e frammentazione degli interventi
- integrazione del momento preventivo con quello curativo
- integrazione del livello di base con quello specialistico.

Il modello organizzativo più moderno è il modello sistemico. Esso fonda il suo focus sulla lettura del bisogno, del cui soddisfacimento è responsabile il Distretto stesso, mediante processi integrati su percorsi deframmentati. In questo modello le risorse umane, materiali e finanziarie, sono allocate completamente nel Distretto, nel mentre i Dipartimenti svolgono l'esclusivo compito di elaborare strategie e politiche sanitarie.

Sub Livello: Medicina di base e pediatria di libera scelta

Nel corso del 2010 si potrà applicare l'ipotesi che legano l'azienda sanitaria provinciale di Catanzaro al primo front office territoriale che è costituito dal MMG e dai PLS. L'interfaccia principale dell'azienda sarà il distretto, le norme sono quelle previste dal PSR, dal DPR n 270/2000, DPR 272/2000 e dagli atti d'indirizzo ed accordi decentrati sia aziendali che regionali o nazionali.

La nostra azienda intende nel corso del 2010 investire in un potenziamento delle reti telematiche atte a favorire un interscambio di dati tra gli induttori principali delle prestazioni, MMG e PLS e le sedi di erogazione distrettuale. A tale scopo vi è da sottolineare che ad aprile del corrente anno è stato avviato nella nostra azienda il CUP del progetto Provinciale CAT@HOSPITAL che mette a fattor comune le prestazioni erogate in tutte le A.S. ed A.O. del territorio della Provincia di Catanzaro. Quando anche le altre strutture A.O.P.C., A.O."Mater-Domini" ed A.S.n. 6 di Lametia Terme inseriranno le agende di erogazione e le relative prenotazioni sulla stessa base dati, si potrà garantire uno degli obiettivi principali di piano che è quello dell'abbattimento delle liste d'attesa grazie al controllo delle prenotazioni multiple ed alla migliore conoscenza dell'offerta.

Attualmente è in avanzata fase di studio la possibilità di far direttamente accedere il MMG ed il PLS alla prenotazione tramite il suo computer con collegamento in banda veloce. In tal modo eviteremo le possibili code che si verificano all'atto della prenotazione presso lo sportello, infatti l'assistito con il suo MMG chiuderà direttamente il circuito impegnativa, prenotazione. Un ulteriore momento di abbattimento delle liste d'attesa potrebbe essere fatto attraverso le odierne modalità di pagamento (carta di credito o di debito), sempre effettuata tramite il MMG o PLS.

Inoltre nel corso del 2010 si possono prevedere appositi momenti formativi congiunti atti a trovare percorsi sinergici tra azienda sanitaria, MMG e popolazione assistita.

Saranno favoriti i momenti di associazione tra MMG e PLS nell'ottica di una migliore e assistenza sia sul piano della continuità che sul piano della specialità.

Sub Livello: Emergenza sanitaria territoriale

Il PSR all'articolo 11 comma 3 affida alle aziende sanitarie competenti per provincia le centrali operative del 118. La precedente normativa affidava la gestione delle P.E.T. su base territoriale alla nostra azienda mentre la centrale operativa era gestita dall'azienda ospedaliera 'Pugliese-Ciaccio'. La doppia gestione ha provocato dei problemi economico gestionali che ora possono essere riportati alla normalità, con la legge n. 9/2007.

Sub Livello: Farmaceutica Convenzionata Esterna

Dall'analisi dei volumi e dei livelli di spesa per le prescrizioni farmaceutiche si evidenzia che qualunque politica di contenimento della stessa non può prescindere dalle realtà locali. Sui medicinali è stato più volte sostenuto che è possibile fare, con una politica complessiva del farmaco, delle economie, attraverso l'introduzione di protocolli diagnostici e terapeutici, la revisione costante del prontuario terapeutico, una politica dei prezzi, un controllo dell'essenziale dei ticket, un controllo sulla prescrizione dei farmaci come stabilito dalla Commissione Unica del Farmaco. Il servizio farmaceutico territoriale dell'Azienda Sanitaria ha avviato da tempo un controllo analitico della spesa farmaceutica mediante l'inserimento delle singole ricette su supporto magnetico. In tal modo è possibile gestire in modo puntuale e preciso sia la spesa degli induttori (medici di medicina generale) che degli erogatori (farmacie convenzionate). Una variabile non controllabile della lievitazione costante della spesa farmaceutica è da imputare all'adeguamento del prezzo dei farmaci (è stata aperta di recente un'inchiesta su questo fenomeno). L'azienda, nel tentativo di contenere gli aumenti, ha coinvolto all'inizio del 2005 i medici di medicina generale, firmando un protocollo con le loro organizzazioni sindacali rappresentative. L'obiettivo è stato quello di organizzare processi formativi finalizzati alla definizione dei protocolli prima indicati,

che sono indispensabili per realizzare, non solo l'economicità nella prescrizione, ma soprattutto consentire una assistenza primaria qualificata atta a garantire livelli uniformi di assistenza. Tale obiettivo è stato parzialmente ottenuto.

Nell'anno 2010 consigliamo per il raggiungimento programmatico di quest'obiettivo, l'inserimento di una apposita articolazione del servizio farmaceutico atta a garantire la razionalizzazione della spesa farmaceutica attraverso una corretta informazione aziendale sul buon uso del farmaco con una interrelazione tra i Distretti, Servizio di farmacia ospedaliera, il Servizio di educazione sanitaria ed il Servizio di epidemiologia e statistica sanitaria. Ulteriori iniziative potranno trovare momenti qualificati nella definizione della contrattazione decentrata che dovrà integrare le parti della convenzione di medicina generale relativa alla continuità assistenziale, all'assistenza domiciliare, alla retribuzione legata alle prestazioni aggiuntive e la formazione. Gli interventi a breve e medio periodo da perseguire nell'anno 2010 e successivi, sono:

- a) rinnovare la convenzione con i medici di medicina generale ed estenderla ulteriormente soprattutto ai medici che non hanno aderito a pieno alle indicazioni impartite;
- b) un'ulteriore intensificazione del controllo delle esenzioni ticket per reddito o patologia con un'attenzione al tipo di farmaco prescritto onde evitare la migrazione familiare dei medicinali, utilizzando il meccanismo della tessera sanitaria;
- c) un dettagliato controllo soprattutto sul followup dei farmaci prescritti con nota e degli emoderivati per evitare il circuito spesso vizioso specialista, paziente, induttore.
- d) Attraverso l'articolazione del Servizio Farmaceutico Territoriale definita CAIF si attiveranno i sistemi di controllo sul buon uso del farmaco.

E' utile a questo "capire" l'andamento della spesa nei primi 4 mesi del 2010 in confronto ai mesi del 2009. Questo ci permetterà di capire controllare il fenomeno. Abbiamo aggiunto una disamina suddivisa anche per distretto.

Sub livello: SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Il valore economico del sub livello di specialistica ambulatoriale deve essere "calmierato" dei bisogni di prestazioni espresse, fermo restando l'applicazione di tutti i meccanismi di contenimento in sede negoziale delle prestazioni e del relativo importo economico.

Il PSR caratterizza le funzioni strategiche del Distretto con riferimento all'analisi della domanda, al governo dell'offerta, al coordinamento e alla gestione delle risorse, alla verifica dei risultati di salute.

Il buon funzionamento del Distretto è condizione necessaria per lo sviluppo del welfare locale, sanitario e sociosanitario, integrato con le funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione, garantendo accesso unitario ai servizi, continuità assistenziale, responsabilizzazione sui risultati e sugli esiti di salute. Il vigente PSR, ed ancor più il D.Lgs. n. 229/99, hanno indicato nel Distretto uno dei tre macro livelli di assistenza, delineandone l'identità all'interno dell'Azienda Sanitaria. In quanto livello essenziale di assistenza il Distretto realizza i propri obiettivi nel coordinamento e nell'integrazione:

- a) di tutte le attività di prevenzione rivolte alla persona;
- b) di tutte le attività extraospedaliere di assistenza sanitaria di base e specialistica, erogate con modalità residenziali, intermedie, ambulatoriali e domiciliari;
- c) delle attività di assistenza sanitaria a rilevanza sociale di cui all'art. 3-septies, lettera a, comma 2, del D.Lgs. n. 229/99;
- d) delle attività ad elevata integrazione sociosanitaria.

Il Distretto realizza i propri obiettivi nella unitarietà degli interventi, con una visione globale dei problemi e una gestione integrata delle responsabilità e delle risorse. L'evoluzione normativa nazionale ha delineato il Distretto come il livello di attività sanitarie e socio-sanitarie più prossime

alle comunità locali, fulcro del sistema dei servizi sanitari. In tale quadro di riferimento l'articolazione distrettuale stabilisce obiettivi prioritari di:

- a) una chiara distinzione fra il livello e responsabilità organizzative e produttive;
- b) una maggiore personalizzazione del prodotto Aziendale sanitario, portandolo in un ambito più vicino e a misura del cittadino e del complesso della realtà locale, nel quale la realtà locale stessa si riconosce e si vede rappresentata e garantita nelle proprie specifiche esigenze e bisogni di salute;
- c) un rimodellamento del territorio Aziendale attraverso una rete di servizi sanitari sempre più ampia e a portata del cittadino che, partendo dal Distretto quale unità di base, si sviluppi attraverso una rete produttiva territoriale, articolata a livello distrettuale e integrata con il sociale, quale risposta alle esigenze di tipo extraospedaliero.

Il Distretto costituisce centro di responsabilità e di autonomia gestionale ed economica, nell'ambito degli indirizzi della direzione strategica aziendale e coerentemente con le scelte di programmazione regionale.

Una configurazione quindi del Distretto che passi da quella attuale, operante in modo settoriale, prevalentemente concentrata sul versante della produzione delle singole prestazioni territoriali, ad una configurazione incentrata in via prioritaria sul governo della domanda e sulla garanzia di salute, in cui la responsabilità è attribuita alla globalità della presa in carico dell'utente e non alle singole attività, le quali invece fanno capo alle strutture produttive.

Le priorità e gli interventi

Lo sviluppo e la qualificazione dell'assistenza distrettuale devono essere caratterizzati, con riferimento alle funzioni strategiche del Distretto, alla promozione dell'integrazione sociosanitaria, ai problemi di controllo dell'offerta, al miglioramento dell'accesso, alla valutazione dei bisogni, alla progettazione personalizzata delle risposte, alla continuità assistenziale, alla creazione di alternative positive ai ricoveri, ponendo attenzione in primo luogo alla qualificazione delle cure domiciliari, alla integrazione operativa nel Distretto dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

Per sviluppare le suddette funzioni strategiche, il Distretto deve essere in grado di:

1. governare e dirigere unitariamente il sistema di erogazione, avvalendosi della conoscenza dei bisogni e delle strategie previste per affrontarli dal Programma delle Attività Territoriali;
2. promuovere l'integrazione sociosanitaria;
3. predisporre valutazioni periodiche, quantomeno annuali, finalizzate a verificare il conseguimento dei risultati attesi e a renderli disponibili per la comunità locale;
4. mettere in atto strategie per facilitare la piena integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nell'organizzazione distrettuale, anche promuovendo e valorizzando forme associative di lavoro tra medici;
5. rendere contigue e possibilmente unitarie la medicina specialistica ospedaliera e territoriale, con un'organizzazione in cui vengono erogate le prestazioni appropriate nei luoghi adeguati, in quantità e qualità tali da soddisfare i bisogni di salute della popolazione;
6. promuovere la condivisione degli strumenti informativi a supporto delle decisioni e delle verifiche di efficienza e di efficacia da parte di tutti gli operatori;
7. mettere in atto verifiche sistematiche sulla gestione degli accessi, sulla qualità dei progetti personalizzati, sulla loro attuazione, sulla verifica degli esiti e, per quanto possibile, della qualità percepita dagli utenti sui servizi resi;
8. diventare promotore dello sviluppo della comunità e della solidarietà locale, facilitando il sorgere di nuove risorse ispirate a principi di sussidiarietà;

9. partecipare attivamente alla programmazione sanitaria aziendale.

LE ATTIVITÀ DEL DISTRETTO ALLA LUCE DELLA TEORIA DELL'OTTIMALITÀ

In tale quadro di riferimento e per l'assolvimento del nuovo ruolo ciascun Distretto deve:

1. assicurare i servizi dell'assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle delle altre strutture operative dell'Azienda;
2. gestire le risorse attribuite (budget complessivo del Distretto) e definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento;
3. avere autonomia tecnico - gestionale ed economico – finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell' Azienda;
4. predisporre il Programma delle Attività Territoriali di cui all'art. 3-quater, comma 3, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., che è proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal Direttore del Distretto ed è approvato dal Direttore Generale;
5. assicurare l'organizzazione dell'accesso dei cittadini alle prestazioni fornite dal sistema dei servizi, fondamentale è perciò il perseguimento di strategie di semplificazione delle procedure e di trasparenza dei percorsi;
6. acquisire le funzioni proprie dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico con particolare attenzione all'informazione tempestiva e corretta e alla gestione dei reclami. Per questi in particolare, considerati come elemento cruciale della relazione tra i servizi e il cittadino, è affidato al Distretto il triplice compito di analisi delle cause, di risposta al cittadino, di garanzia e controllo delle azioni intraprese per il superamento delle criticità, potendo per questo contare sulla collaborazione di tutti i responsabili della produzione;
7. assicurare la centralità del ruolo svolto dal medico di medicina generale, dal pediatra di libera scelta e dagli specialisti ambulatoriali, insieme con gli altri profili professionali sanitari, nell'operatività del Distretto e nella sua organizzazione, valutandone la loro azione nel più ampio quadro dei fattori produttivi del Distretto;
8. in ogni Distretto deve essere inoltre garantita:
 - l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e presidi specialistici ambulatoriali;
 - il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative del Distretto nonché con i servizi specialistici ambulatoriali a gestione diretta e le altre strutture private accreditate erogatrici di prestazioni di assistenza specialistica;
 - l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai Comuni;
 - l'assistenza specialistica ambulatoriale;
 - le attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
 - le attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
 - le attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;
 - le attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
 - le attività o servizi domiciliari per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

All'interno dell'organizzazione distrettuale operano in modo trasversale i dipartimenti di Prevenzione e di Salute Mentale ed ogni altra U.O./servizio semplice o complessa che produce ed eroga prestazioni o attività per la popolazione risiedente nel distretto.

Integrazione socio sanitaria

In ogni distretto deve essere garantita l'integrazione socio sanitaria secondo i seguenti principi:

1. Prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria.
2. Prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle seguenti aree assistenziali:
 - a) Materno - infantile
 - b) Anziani
 - c) Handicap
 - d) Patologie psichiatriche
 - e) Dipendenze da droga, alcool e farmaci
 - f) Patologie per infezioni da HIV
 - g) Patologie in fase terminale
 - h) Inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico degenerative.
3. Prestazioni di cui al presente comma sono assicurate dalle aziende sanitarie secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dal piano sanitario nazionale e regionale.
4. Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale secondo attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite. Le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale sono di competenza delle aziende sanitarie.
5. Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni.
6. Sino alla emanazione dell'atto di indirizzo e coordinamento del PSR, che individuerà le prestazioni da ricondurre alle tipologie di cui ai precedenti punti 2 e 3 ed i criteri di finanziamento delle stesse per quanto compete alle aziende sanitarie e ai comuni, i criteri e le modalità mediante i quali comuni e aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, le prestazioni sociosanitarie rimangono stabiliti per come previsto dalla vigente normativa nazionale e regionale.

DISTRETTO SANITARIO n. 1 DI CATANZARO

Il distretto sanitario di Catanzaro è composto da 16 comuni divisi in popolazione e superficie secondo il seguente schema (in neretto sono indicati i comuni sedi di polo):



Distretto di Catanzaro

	Comune	Popolazione	Superficie territoriale
1	Albi	1.086	28,06
2	Amato	884	20,9
3	CATANZARO	75.150	90,43
4	Cicala	1030	12,31
5	Fossato Serralta	639	32,44
6	Gimigliano	3.562	31,7
7	Magisano	1.315	20,63
8	Marcellinara	2.193	13,9
9	Miglierina	900	12,29

10	Pentone	2.217	9,08
11	San Pietro Apostolo	1.913	20,44
12	Sellia Superiore	580	12,7
13	Settingiano	2.385	14,29
14	Sorbo San Basile	928	58,69
15	Taverna	2.652	132,46
16	Tiriolo	4.083	28,98
	Totale	101.517	539,30

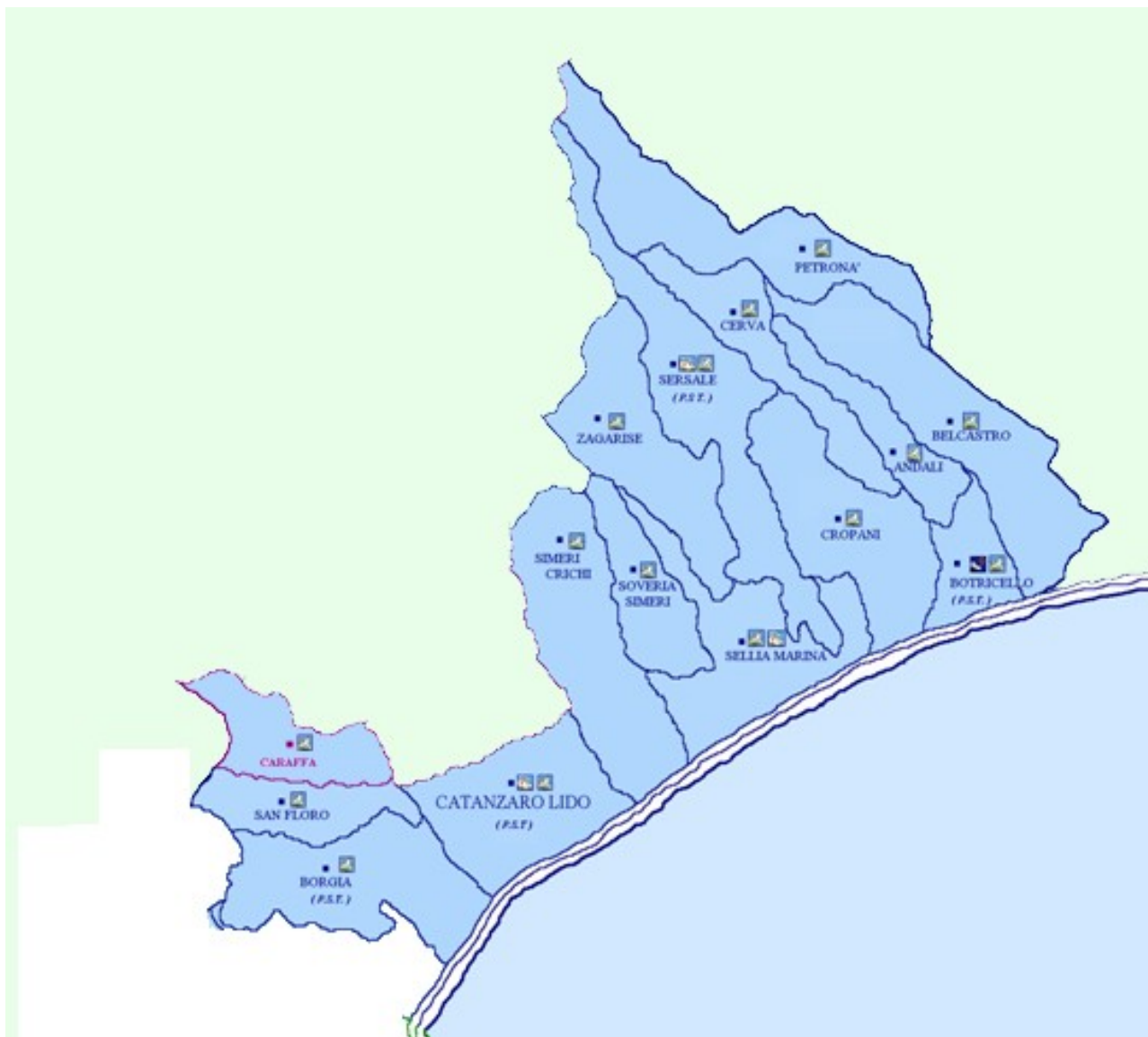
La previsione delle prestazioni che il Distretto, articolato nei P.S.T. di Catanzaro – Taverna – Tiriolo e nelle U.O. afferenti di Radiodiagnostica DS 1 – U.O. Cardiologia e U.O. Oftalmologia, prevede di erogare direttamente nel corso dell'anno 2010. E' stata approntata prendendo in considerazione l'erogato relativo all'anno 2008 e valutando l'ottimalità prestazionale. Quanto previsto per l'anno 2010 potrà essere aumentato sia numericamente che qualitativamente se gli ambulatori saranno forniti dell'arredo e dello strumentario necessario all'espletamento ottimale dell'attività svolta dagli specialisti ambulatoriali.

Le prestazioni che da erogare nel corso del 2010 sono quelle relative al punto di ottimalità di cui all'allegato 1.

DISTRETTO SANITARIO n. 2 DI CATANZARO LIDO

Nell'ulteriore passo derivante dalla distrettualizzazione è necessario fornire tutti i distretti delle specialità richiamate nei sub livelli assistenziali distrettuali. Nel caso del D.S.B. 2 di Catanzaro Lido è opportuno dotarlo di una struttura di SERT che oggi manca, anche in considerazione della sua particolare orografia che va dalla parte montuosa della presila alla parte marittima, confinante a nord con l'Azienda Sanitaria di Crotona. Oltre alle considerazioni di carattere generale per il sub-livello assistenziale di specialistica ambulatoriale, è necessario sottolineare la necessità di mantenere gli attuali livelli produttivi per gli altri sub-livelli assistenziali, definendo gli accordi contrattuali con gli erogatori accreditati (socio-sanitario ed ex art. 26).

Il distretto sanitario n. 2 di Catanzaro Lido è composto da 15 comuni (la città di Catanzaro partecipa con la circoscrizione sud) divisi in popolazione e superficie secondo il seguente schema (in neretto sono indicati i comuni sedi di polo):



Popolazione Distretto di Catanzaro Lido

	Comune	Popolazione	Superficie territoriale
1	Andali	948	17,92
2	Belcastro	1.433	52,78
3	Borgia	7.119	42
4	Botricello	4.572	15,24
5	Caraffa di Catanzaro	2.035	24,7
6	Catanzaro Lido	24.135	20,91
7	Cerva	1.327	21,01
8	Cropani	3.334	43,83
9	Petronà	2.896	45,5
10	San Floro	586	18,16
11	Sella Marina	5.788	40,86

12	Sersale	5.142	53,01
13	Simeri Crichi	3.870	46,75
14	Soveria Simeri	1.614	22,09
15	Zagarise	1.867	48,79
	Totale	66.666	513,55

Anche in questo caso le prestazioni che da erogare nel corso del 2010 sono quelle relative al punto di ottimalità di cui all'allegato 1.

DISTRETTO SANITARIO n. 3 DI SOVERATO

Il distretto sanitario n. 3 di Soverato è composto da 28 comuni divisi in popolazione e superficie secondo il seguente schema (in neretto sono indicati i comuni sedi di polo):



	Comune	Popolazione	Superficie territoriale
1	Amaroni	2.022	6,09
2	Argusto	562	7,12
3	Badolato	3.389	34,1
4	Cardinale	2.606	31,19
5	Cenadi	639	11,16
6	Centrache	477	7,87

7	Chiaravalle Centrale	7.105	23,33
8	Davoli	5.225	25,73
9	Gagliato	570	6,99
10	Gasperina	2.170	6,86
11	Girifalco	6.401	43,08
12	Guardavalle	5.314	60,4
13	Isca sullo Ionio	1.588	22,97
14	Montauro	1.327	11,54
15	Montepaone	4.440	16,95
16	Olivadi	632	7,07
17	Palermi	1.424	18,27
18	Petrizzi	1.282	21,48
19	San Sostene	1.128	32,92
20	San Vito sullo Ionio	1.970	17,37
21	Santa Caterina dello Ionio	2.261	41,24
22	Sant'Andrea	2.321	19,56
23	Satriano	3.117	22,02
24	SOVERATO	9.987	7,65
25	Squillace	3.246	33,77
26	Staletti	2.344	11,94
27	Torre di Ruggiero	1.335	24,81
28	Vallefiorita	2.387	13,83
	Totale	77.269	587,31

Anche in questo caso le prestazioni che da erogare nel corso del 2010 sono quelle relative al punto di ottimalità di cui all'allegato 1.

Per i rimanenti sub-livelli assistenziali si ribadisce la necessità di procedere alla definizione di precisi e chiari accordi contrattuali con le strutture erogatrici e i poli territoriali.

SUB LIVELLO: ASSISTENZA TERRITORIALE DOMICILIARE

A seguito del progressivo invecchiamento della popolazione ed il conseguente incremento delle patologie cronico-degenerative, è necessario dare impulso sul territorio all'Assistenza Domiciliare (così come previsto dalla norma finale n. 14 dell'A.C.N. 270/2000);

L'assistenza domiciliare, costituisce un importante elemento di sviluppo delle attività di diagnosi e cure nel territorio, offre al cittadino un servizio più adeguato alle nuove esigenze di cure al paziente, sviluppa quel processo di de-ospedalizzazione che costituisce uno degli obiettivi del presente accordo;

L'assistenza domiciliare è erogata nelle tre modalità previste dall'A.C.N. (Art. 39) e cioè:

- assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.);
- assistenza Domiciliare Programmata (A.D.P.), assistenza domiciliare per pazienti non ambulabili;
- assistenza Domiciliare Residenziale (A.D.R.), assistenza domiciliare per pazienti ospiti in residenze assistenziali e/o protette;

Il M.M.G. è il responsabile del processo di Assistenza Domiciliare.

Assistenza domiciliare integrata

L'attivazione dell'A.D.I. è consentita nei casi di:

- malati terminali;
- malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi;
- incidenti vascolari acuti;
- gravi fratture in anziani;
- forme psicotiche acute gravi;
- morbo di Alzheimer e Alzheimer-Tipe;
- riabilitazione di vasculopatici;
- riabilitazione di neurolesi;
- malattie acute temporaneamente invalidanti in anziani (Forme respiratorie ed altro);
- dimissioni protette da strutture Ospedaliere (Spedalizzazione domiciliare);
- soggetti in età pediatrica non autosufficienti con gravi patologie.

Il Medico di Medicina Generale è l'unico responsabile della gestione del soggetto in A.D.I. in ogni suo aspetto: Diagnostico, Terapeutico o Riabilitativo;

Requisito indispensabile per l'attivazione dell'intervento di A.D.I. è l'unanime consenso delle parti individuate, e segnatamente:

- 1) Il soggetto eleggibile in A.D.I. o suo vicario identificato come «Referente della cura»;
- 2) Il Medico di Medicina Generale (o Pediatra) titolare della scelta;
- 3) Il Responsabile del Distretto Sanitario o suo delegato;

Il Responsabile del Distretto Sanitario assume, quindi, ogni decisione in relazione alle necessità sanitarie, tecniche, amministrative e di verifica e rende operativo ogni intervento con un proprio atto autorizzativo formale;

Per la valutazione dell'eleggibilità in A.D.I., per la formulazione e la revisione del Piano di Intervento Domiciliare (P.I.D.), per la verifica di qualità e congruità delle prestazioni, il Responsabile del Distretto può avvalersi della Unità di Valutazione Distrettuale.

La prassi dell'Attivazione dell'A.D.I. è la seguente.:

- il Responsabile del Distretto, acquisita la richiesta di eleggibilità in A.D.I., attiva formalmente (se non già attivato) il M.M.G. del paziente: ne richiede una prima valutazione di eleggibilità in A.D.I., acquisendo formalmente il giudizio attraverso apposita scheda. Nel caso di giudizio positivo, il M.M.G., assieme alla scheda di valutazione, invierà anche la scheda sanitaria individuale del soggetto interessato o suo riassunto;
- il Responsabile del Distretto, solo nel caso di valutazione positiva da parte del M.M.G., attiverà l'équipe distrettuale per la verifica di sussistenza dei requisiti di legge per l'accesso in A.D.I. e per la programmazione del P.I.D. Fisserà, inoltre, il luogo, la data e l'ora per la formalizzazione del P.I.D. con il M.M.G. in sede UVD;
- il Responsabile del Distretto Sanitario, verificata l'acquisizione di tutti gli elementi della valutazione multidimensionale, determina il P.I.D. in ogni sua componente e lo rende operativo con atto formale, che vincola al rispetto delle modalità ivi contenute, le parti oggetto del presente regolamento. Nella stessa seduta, il Responsabile distrettuale, in accordo con il M.M.G. e l'équipe valutativa, determina la data e l'ora della verifica successiva, che di norma non può essere fissata oltre il 45° giorno; determina i modi e i tempi di acquisizione di eventuali nuove valutazioni per verificare l'efficacia dell'intervento o modificazioni e integrazioni del P.I.D.

SUB LIVELLO: ASSISTENZA TERRITORIALE SEMI-RESIDENZIALE RESIDENZIALE

Il DL 229 individua nel Distretto il momento integrante delle attività sociosanitarie, ovvero delle attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute della persona

che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

- *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;*
- *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.*

La DGR n. 685/30.7.2002 ha stabilito il recepimento del DPCM 14.2.2001, del DM 308 del 21.5.2001, delle linee guida emanate dal Ministero della Sanità 31.3.1994 e di attribuire le prestazioni erogate nelle RSA per il 100% al FSR.

Il crescente bisogno di servizi assistenziali per cure a lungo termine è condizionato da quattro determinanti fondamentali:

- L'invecchiamento generale della popolazione;
- Lo specifico aumento dell'aspettativa di vita media dei pazienti affetti da malattie croniche e disabilitanti;
- La riduzione della potenzialità di assistenza informale da parte dei nuclei familiari;
- La progressiva evoluzione del sistema ospedaliero verso l'assistenza agli acuti con livelli sempre più spinti di specializzazione e tecnologia.

L'insieme dei fenomeni sopra enunciati pone quindi con urgenza il problema della assistenza a lungo termine (domiciliare o residenziale) di una ampia varietà di pazienti, con almeno tre diverse necessità:

- «*Lungodegenza*» per la gestione a breve/medio termine di pazienti anziani, disabili, in fase di convalescenza post- acuta o post-chirurgica, o comunque con necessità di eseguire terapie programmate in un ambiente ospedaliero ad elevata tutela sanitaria;
- «*Riabilitazione*» in fase post-acuta, con l'obiettivo specifico del massimo recupero funzionale;
- «*Residenze*» per la gestione a lungo termine di pazienti non autosufficienti.

La *Lungodegenza* è una funzione ospedaliera che riveste un preciso connotato di tutela sanitaria in fase post acuta. E' finalizzata alla stabilizzazione delle condizioni cliniche od al completamento di programmi terapeutici ed è caratterizzata comunque da una degenza a termine.

La *Riabilitazione* presuppone inoltre almeno tre livelli di intervento definite dalla «Linee Guida Ministeriali» sulla Riabilitazione: quello di alta specializzazione, quello intensivo e quello estensivo.

I livelli di Alta Specializzazione e quello Intensivo devono prevedere specifici obiettivi riabilitativi su cui viene costruito il piano di trattamento: la durata della degenza è funzione del piano terapeutico e degli obiettivi, ma è comunque a termine. Il livello Estensivo è finalizzato alla attuazione di programmi riabilitativi di lungo termine o di contrasto della evoluzione delle patologie. Può avere obiettivi terapeutici anche di lunga durata, ma che devono comunque essere individuati nel piano di trattamento.

Le «*Residenze*» sono per definizione strutture, sostitutive del domicilio, per l'assistenza a tempo indeterminato di pazienti non autosufficienti non assistibili. Il carattere di residenzialità presuppone la relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, ma la forte variabilità dei bisogni sanitari ed assistenziali impone una loro classificazione in differenti categorie.

Il D.L.vo 502/92 e successive modifiche, ma anche il Decreto sull'Integrazione Sociosanitaria (D.P.C.M. 14/2/2001) e quello sui Livelli Assistenziali di Assistenza (D.P.C.M. 29/11/2001), pur

nella relativa diversità della terminologia utilizzata, individuano almeno due classi: quello delle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, e quello sociale e valenza sanitaria.

Le residenze per anziani

Seguendo lo sviluppo di questi livelli assistenziali riteniamo di dover individuare almeno due tipologie di strutture Residenziali:

- le RSA., destinate alle prestazioni ad elevata integrazione sanitaria; definite come strutture di assistenza continuativa, senza limiti di degenza, destinate a pazienti non autosufficienti cronici stabilizzati in condizioni cliniche che impongono assistenza «intensiva» ad elevata integrazione sanitaria.

- le Residenze Protette (o Case Protette) destinate alle prestazioni sociali a valenza sanitaria; strutture di assistenza continuativa senza limiti di degenza, destinate a pazienti non autosufficienti cronici stabilizzati in condizioni cliniche che non necessitano di particolari interventi sanitari, oltre quelli che possono essere garantiti dal Medico di Medicina Generale.

In Calabria vi è sostanziale inesistenza di servizi di lungodegenza e riabilitazione ospedaliera.

Ne consegue che possono giungere in R.S.A. pazienti di elevata complessità, ed in particolare pazienti in fase post-acuta o con patologie non stabilizzate (che dovrebbero trovare adeguata assistenza in lungodegenza) e pazienti malati terminali (che dovrebbero essere assistiti in specifiche strutture come gli Hospice).

Nella more della realizzazione di una adeguata rete di servizi è apparso opportuno riconoscere alle R.S.A. le funzioni di assistenza a questi pazienti, individuando in alcune di esse dei moduli ad assistenza intensiva, con assistenza medica e infermieristica 24 ore su 24.

E' stata individuata una tipologia di R.S.A. ad elevata Medicalizzazione, (R.S.A.-M.) capace di accogliere pazienti post-acuti o in fase terminale, con degenza a termine (60 giorni, prorogabili dopo valutazione multidimensionale possibilmente V.A.O.R.).

Accedono alle R.S.A. tutti i pazienti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, che necessitano di interventi terapeutici assistenziali specialistici ad elevata connotazione sanitaria come; nutrizione enterale o parenterale; terapie mediche per via endovenosa; cura di ferite chirurgiche e/o di piaghe da decubito; insufficienza respiratoria o cardio-respiratoria con necessità di assistenza respiratoria non invasiva; pazienti con quadro di demenza senile di grado medio-grave (punteggio Mini Mental State inferiore a 20) che presentino almeno due dei seguenti sintomi produttivi: wandering; auto-etero-aggressività; deliri; rifiuto del cibo o delle cure; comportamento antisociale e/o disturbi dell'area cognitivo-comportamentale che necessitano di trattamenti psicologici e/o neuropsicologici riabilitativi; pazienti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, affetti da patologie croniche che impongono una supervisione sanitaria continua per elevato rischio di instabilità clinica.

In via temporanea, nelle more della realizzazione della rete della lungodegenza ospedaliera, su proposta della UVG vengono accolti nei moduli di R.S.A.-M. ad elevata medicalizzazione:

- *pazienti post-acuti o non completamente stabilizzati, provenienti di norma dal ricovero ospedaliero, che presentino necessità di supervisione medica ed assistenza infermieristica 24 h (per ogni nucleo) per instabilità delle condizioni cliniche generali.*

Vengono avviati al ricovero presso le Case Protette i pazienti non autosufficienti che non hanno i requisiti per i quali viene giustificato il ricovero in R.S.A. o R.S.A.-M. i quali pur non esprimendo bisogni sanitari rilevanti si trovino nelle condizioni di 2+ o 3+ ADL perdute (particolare riguardo è da destinare alla capacità di lavarsi e vestirsi).

Le residenze per disabili

I bisogni assistenziali dei disabili possono essere soddisfatti sia nelle RSA che nelle CP alle seguenti condizioni:

- a) Che il paziente si trova in condizioni di disabilità cronica stabilizzata, non più passibile di miglioramento a seguito di trattamenti intensivi od estensivi di riabilitazione sia sul versante delle autonomie che dell'inserimento lavorativo o sociale;
- b) Che il paziente non si trovi in una condizione di rischio di progressione ed aggravamento della malattia che debba essere contrastato mediante trattamenti riabilitativi intensivi o estensivi;
- c) Che il paziente presenti un elevato grado di dipendenza funzionale (più di 3 A.D.L. perdute) e necessiti di cure ad elevata integrazione sanitaria (respirazione assistita, o nutrizione entrale o parenterale, o cure infermieristiche quotidiane, o supervisione medica per patologie ad alto rischio di instabilità).

L'Atto Aziendale ed il relativo regolamento di esecuzione, individuano tra le attività a capo dei Distretti sanitari:

- l'attività di valutazione geriatrica espletata dalla UVG;
- l'attività di filtro della domanda di ricovero in case di cura o di riposo, attraverso la UVG;
- l'attività di vigilanza sulle case di cura o di riposo, attraverso la UVG;
- l'attività di A.D.I.
- Presso i Distretti Sanitari della A.S.P. CZ, sono da tempo attive le UVD costituite da:
 - un medico del Distretto;
 - un geriatra della U.O. Tutela Anziani
 - un medico di M.G.
 - un infermiere professionale
 - un fisioterapista
 - un assistente sociale
- che svolgono *prevalentemente* funzioni di ammissione dei pazienti in ADI-CSD.

3° Livello: Assistenza Ospedaliera

Riduzione dei costi di produzione ospedaliera

I costi di produzione ospedaliera si possono distinguere in tre grosse tipologie:

costi ospedalieri privati;
costi ospedalieri pubblici;
costi ospedali a gestione diretta.

Nel primo, come nel secondo caso, il contenimento della spesa ospedaliera si ottiene tramite il controllo dei singoli ricoveri e la negoziazione dei volumi di prestazioni che gli erogatori dovranno garantire per la popolazione assistita. In questo mutato spirito collaborativo tra azienda sanitaria ed erogatori privati si sono stipulati negli anni passati atti negoziali per il contenimento dei ricoveri entro il 160 per mille imponendo il numero massimo di ricoveri che ogni erogatore potrà effettuare ed abbattendo in modo proporzionale la tariffa a DRG se si superano tali volumi negoziati, fatte salve le deroghe ed indicazioni regionali per l'alta specialità.

Le possibili manovre di contenimento della spesa sono:

- una negoziazione allargata dei ricoveri che coinvolga anche i due erogatori pubblici il Pugliese-Ciaccio e il Policlinico Mater Domini. Infatti le due aziende pubbliche che insistono nell'area 7, non sono oggi finanziati in modo esatto sui ricoveri e prestazioni che erogano, ma su un bilancio di previsione e chiusura a consuntivo. Il meccanismo descritto, pur permettendo la sopravvivenza di due aziende ospedaliere nell'area 7, implica una sottrazione di somme al bilancio dell'azienda sanitaria con l'effetto che la sola azione di contenimento della spesa sul privato non otterrà in termini assoluti un risanamento del bilancio della nostra azienda.
- Incentivare la libera concorrenza differenziando *l'offerta di prestazioni sanitarie* per evitare la migrazione degli utenti fuori azienda e fuori Regione.
- Stessa metodologia di controllo delle prestazioni di ricovero erogate dalle strutture pubbliche o private accreditate.

Nel contenimento della spesa dei due ospedali a gestione diretta si dovrà tenere conto della massimizzazione della produzione di prestazioni, possibilmente di secondo livello, evitando i ricoveri per prestazioni altrimenti erogabili territorialmente. Inoltre, secondo le indicazioni regionali, si dovrà procedere ad una riconversione del presidio ospedaliero di Chiaravalle erogando nello stesso prestazioni di riabilitazione e lungodegenza che al momento sono marginalmente erogate e favorendo nello stesso presidio prestazioni multidisciplinari, day-hospital, day-surgery ed attività di elezione. Questo permetterà di potenziare il presidio di Soverato sia in termini di continuità assistenziale che in termini di investimenti per l'acquisizione di nuove tecnologie favorendo così l'urgenza.

E' ovvio che la programmazione regionale data dal PSR potrà permettere una più idonea pianificazione e controllo della spesa sanitaria che tenga conto dei bisogni della popolazione assistita e dei differenti livelli erogativi che le strutture ospedaliere pubbliche e private sono deputate ad erogare. Inoltre la Regione con la ridistribuzione dei posti letto per ricovero ordinario, lungodegenza e riabilitazione, nell'area 7, permetterà di ottenere l'obiettivo del 75% sul tasso d'occupazione e del 160%.

RICOVERI COMPLESSO OSPEDALIERO DI CHIARAVALLE-SOVERATO

Dalla elaborazione dei punti di ottimalità prestazionali per il Complesso Ospedaliero di Chiaravalle-Soverato, si è notato che tutti le produzioni a DRG dei Reparti **SONO MOLTO LONTANI DAL PUNTO DI OTTIMALITA'**. Le azioni da svolgere in ambito ospedaliero, in rapporto agli obiettivi determinati per i livelli di assistenza ed alle risorse finanziarie assegnate, sono orientate al recupero di efficienza attraverso l'introduzione del modello organizzativo dipartimentale, l'integrazione e differenziazione dei due Presidi Aziendali, lo sviluppo delle capacità di attrazione, il miglioramento dell'immagine degli ospedali, lo sviluppo della capacità competitiva.

Ovviamente non si possono chiudere i reparti che si allontanano dal punto di ottimalità prestazionale ma si possono sicuramente rimodulare in termini di efficienza allocativa e di prodotti a maggiore richiamo.

ASSISTENZA OSPEDALIERA: PIANO DI ACQUISTO SUB LIVELLO ATTIVITA' DI RICOVERO A PRESTAZIONE

Per l'anno in corso i riferimenti normativi da applicare nella individuazione dei volumi e delle tipologie di prestazioni da acquistare sono costituiti dalla L.R. di riparto che stabilisce i criteri per l'individuazione dei volumi e dei limiti di spesa ospedaliera per il 2009, e dal PSR approvato con L.R.11/04 che indica gli obiettivi di salute anche in prorogatio.

Viene inoltre confermato il tariffario nazionale vigente così come applicato nel 2008 secondo le direttive dell'assessorato regionale alla sanità.

Entro tale contesto normativo deve essere definito il contenuto del piano preventivo annuale del fabbisogno erogativo della nostra Azienda che, deve essere fatto tenendo in conto i punti di ottimalità prestazionali; la definizione del fabbisogno di prestazioni ospedaliere cioè i volumi e le tipologie di prestazioni da richiedere mediante accordi/contratti con gli erogatori pubblici e privati accreditati; l'indicazione della spesa da sostenere in conformità alla normativa del vigente piano di rientro.

Anche in questo caso le prestazioni che da erogare nel corso del 2010 sono quelle relative al punto di ottimalità di cui all'allegato 1.

DOTAZIONE ORGANICA DEL PERSONALE ANNO 2009

La teoria dell'ottimalità deve contemperare sia per la funzione di costo che per quella di produttività la dotazione del personale dipendente.

Oggi le aziende sanitarie ed ospedaliere sono poste di fronte a tre grandi sfide:

1. La prima sfida è quella di **rendere attrattive le aziende** per i talenti migliori. Se la qualità del personale rappresenta la variabile fondamentale per determinare gli effetti delle politiche sanitarie, allora le aziende devono recuperare una capacità competitiva sul mercato del lavoro per attrarre i giovani migliori. Si tratta di valorizzare il rapporto con le università, di migliorare le logiche di reclutamento e selezione, di favorire più adeguate condizioni di lavoro, di mostrare all'opinione pubblica la rilevanza, la varietà e le opportunità che le aziende sanitarie possono offrire.
2. La seconda sfida riguarda la capacità delle aziende sanitarie di sviluppare un maggiore **senso di appartenenza e motivazione** tra le persone che operano nei servizi sanitari e di supporto. Troppo spesso è possibile osservare personale demotivato che lamenta di non essere stato coinvolto nei profondi processi di riforma e programmazione che magari ha conosciuto solamente dalla lettura dei quotidiani, ma che nella sostanza ha solamente subito. E' necessario avviare percorsi di ascolto e coinvolgimento dei lavoratori, valorizzare le esperienze riconoscendo ai migliori una differenziazione di condizioni e una visibilità esterna dei risultati ottenuti, investire sull'immagine dei dipendenti e sulle professionali e leadership dei dirigenti.
3. La terza sfida a cui sono poste di fronte le aziende sanitarie è quella dell'**adeguamento delle capacità** e delle competenze degli operatori. I lavori della sanità richiedono spesso saperi e capacità professionali di alto profilo e per questo una grande parte del personale è laureato o diplomato. Non è però sufficiente. Gli scenari che le aziende sanitarie si trovano a dover affrontare richiedono di investire nella formazione del personale e in percorsi di apprendimento capaci di sviluppare nuove competenze, capaci di andare oltre ai tradizionali saperi e conoscenze, per entrare anche nello sviluppo delle qualità personali. Sempre più ad esempio un dirigente (medico, veterinario, sanitario o TPA) di alto profilo deve sapere governare sistemi complessi di relazioni o contribuire attraverso una visione sistemica ad elaborare politiche sanitarie efficaci.

Queste tre sfide alle quali le aziende sanitarie ed ospedaliere sono chiamate a rispondere richiedono politiche di gestione e sviluppo delle risorse umane articolate e complesse. In questi anni l'attenzione si è concentrata sull'adeguamento di alcuni meccanismi normativi e contrattuali per rendere più dinamici e competitivi il rapporto di lavoro, le modalità di accesso all'amministrazione, i percorsi di carriera e le retribuzioni. I risultati sono stati a luci ed ombre. Le opportunità offerte dalle norme di flessibilità del lavoro sono state colte solamente in parte, più che ad una vera strategia di impiego degli strumenti, si è assistito ad una certa casualità dove l'attenzione si è particolarmente rivolta alla percorribilità giuridica di alcuni istituti normativi piuttosto che a valutare quali erano le ottimali condizioni di trade-off tra flessibilità, discrezionalità e precarizzazione. Da un lato, infatti, i nuovi istituti hanno permesso di rinnovare gli organici, di introdurre nuove competenze, tradizionalmente assenti nel mercato della sanità, di aumentare i margini di discrezionalità nella gestione del personale. Dall'altro, però, l'approccio ha più riguardato il **"cosa si può fare"** piuttosto che il **"cosa conviene fare"** con il rischio di non sviluppare competenze o sviluppare competenze precarie non capitalizzabili in futuro, di stabilire condizioni critiche nella gestione di una pluralità di rapporti scarsamente trasparenti in termini di equità e di difficile governo complessivo. Il nuovo sistema di inquadramento professionale ha permesso di muovere posizioni di lavoro bloccate nello sviluppo da anni, di rispondere a tensioni retributive e di migliorare in parte la flessibilità dei ruoli organizzativi. D'altra parte ha anche reintrodotti meccanismi di avanzamento basati sull'anzianità (vedi accordi decentrati nell'area del

comparto), ha prodotto uno spostamento di risorse salariali da voci variabili a voci fisse e ricorrenti, ha messo in luce le carenze gestionali nelle logiche di definizione dei profili e delle famiglie professionali, di programmazione e sviluppo del personale, di coerenza tra percorsi di valutazione e formazione. Ma le norme, per quanto possano avere aperto nuove opportunità, richiedono culture, strategie e logiche d'azione per individuare gli obiettivi e i contenuti di cui si vogliono riempire gli spazi che si aprono. Nel corso del 2010 si dovrebbero introdurre i meccanismi d'innanzi descritti nell'intento di recuperare quella risorsa enorme e fondamentale che è il personale.

Il personale costituisce una spesa fissa del bilancio dell'azienda. Nell'azienda sanitaria di Catanzaro la spesa per il personale ha inciso nel 2008 per un 41,69% sul bilancio complessivo il che è inferiore alla media nazionale del 45,2%, per un'azienda sanitaria con dei presidi a gestione diretta. Nel caso del personale più che di contenimento di spesa si deve parlare di razionalizzazione nell'utilizzo in modo da distribuire le professionalità sul territorio in funzione del soddisfacimento dei bisogni sanitari. A questo si deve aggiungere che l'azienda ha in nuce la possibilità di istituire una sede unica amministrativa consentendo così dei notevoli risparmi in termini di affitti pagati e nel contempo evitando spese di trasferimento dei dipendenti tra la sede centrale e le sedi periferiche. Il piano triennale delle assunzioni permetterà di eliminare le figure professionali di cui l'azienda non ha più bisogno (anche in funzione dell'affidamento all'esterno di alcuni servizi) privilegiando figure sanitarie che permettano la continuità assistenziale o il miglioramento territoriale delle produzioni di primo livello.

CONTROLLO DI CONGRUITA' DELLE PRESTAZIONI

Punto fondamentale della teoria dell'ottimalità è la correttezza del dato e la verifica di congruità delle prestazioni erogative. Di seguito si consigliano i meccanismi da attivare.

AREA DISTRETTUALE

Per quanto attiene i **controlli di congruità di appropriatezza clinica ed organizzativa** vengono svolti presso i PP.SS.TT. e le U.O. afferenti al Distretto dai responsabili degli stessi.

I centri accreditati invece trasmettono a questo distretto le impegnative, le copie dei referti, i tabulati delle prestazioni erogate distinti per branca e per mese.

Su quanto inviato, sempre presso il distretto ed ad opera dell'Area Assistenza Specialistica Ambulatoriale, vengono eseguiti i dovuti controlli sanitari ed amministrativo-contabili oltre alla redazione delle proposte degli atti deliberativi di liquidazione.

Il controllo, di merito, contabile e formale delle prestazioni erogate avviene a cura del dirigente medico di settore e del personale amministrativo allo stesso assegnato e sono dallo stesso dirigente certificate essendo propedeutiche alla formulazione di ogni atto deliberativo liquidatorio

AREA OSPEDALIERA

La nuova impostazione dei controlli nei ricoveri eseguiti sulle strutture convenzionate si avvale dell'utilizzo di un software, elaborato in azienda, che permette la scrematura di congruità, accuratezza ed altro per singolo ricovero, in tal modo l'ispezione e verifica della cartella clinica si effettua solo su quei ricoveri che non superano indenni questo passaggio di verifica.

Sull'applicazione della normativa sui LEA e sull'appropriatezza delle prestazioni questa U.O. ha avviato la implementazioni di procedure informatizzate che consentono una dettagliata analisi dei ricoveri e della loro appropriatezza nelle sue diverse accezioni. Inoltre è stata implementata una procedura informatizzata che consente controlli e valutazioni ulteriori rispetto a quelli di mera regolarità delle SDO. Si tratta di controlli che entrano nel merito del ricovero per valutarne l'appropriatezza e il grado di rispondenza ad un effettivo bisogno e che, partendo dalla verifica informatizzata dei tabulati presentati dagli erogatori, applica una procedura interna ed aggiuntiva al fine di rilevare, quantificare e valutare:

1. I ricoveri ripetuti;
2. I ricoveri brevi (1/2 giorni);
3. Le dimissioni precoci;
4. La coerenza della diagnosi della prescrizione con quella di accettazione e quella di dimissione;
5. La congruità tra la diagnosi e gli interventi effettuati;
6. I ricoveri a rischio di inappropriata elencati nell'allegato 2C del DPCM 29.11.02;
7. Casistica dei DRG degli interventi e delle diagnosi più frequenti.

COMPLESSO OSPEDALIERO DI CHIARAVALLE-SOVERATO

Le modalità di controllo di congruità sull'attività sanitaria viene espletato:

Per le prestazioni ambulatoriali: il controllo viene fatto a campione sulla congruità tra prestazione richiesta, tariffa e prestazione erogata.

Per l'attività di ricovero, viceversa, vengono utilizzate le SDO prodotte dalle Unità Operative; delle SDO si valuta la completezza dei dati in esse contenute, l'accuratezza nella compilazione attraverso il monitoraggio di DRG sentinella, l'appropriatezza organizzativa applicando il metodo PRUO sia sull'attività di ricovero ordinario che su quello di Day Hospital su campioni di cartelle cliniche.

TEORIA DELL'OTTIMALITA'

Produzione del COSTO in Sanità

La gestione di un'azienda, finalizzata alla produzione di beni o servizi, comporta il sostenimento di costi. La produzione è il processo in base al quale alcuni fattori produttivi vengono combinati e trasformati per ottenere un prodotto finale diverso dai fattori produttivi utilizzati. Il costo è il valore dei fattori produttivi impiegati nel processo di trasformazione.

Il concetto di produzione non comporta necessariamente una trasformazione in senso fisico di materiali (es: la lamiera che viene trasformata nella portiera di un'automobile) ma soltanto in senso economico (es. la pasta venduta al dettaglio nel negozio sotto casa anziché venduta all'ingrosso presso lo stabilimento di produzione, eventualmente localizzato a centinaia di chilometri dalla nostra abitazione). Esso inoltre può essere riferito indifferentemente alla produzione di beni (ad esempio automobili) o a quella di servizi (ad esempio: la produzione di uno spettacolo teatrale o l'erogazione di una prestazione sanitaria).

Generalmente, il valore dei beni o dei servizi che risultano da un processo produttivo è superiore alla somma dei valori dei fattori produttivi impiegati (e quindi consumati) per la sua realizzazione. Ciò comporta che un'organizzazione produttiva restituisce all'ambiente in cui è inserita beni o servizi di valore superiore a quelli assorbiti. In tal senso si dice che essa "crea ricchezza".

Il valore della produzione realizzata e collocata nell'ambiente è espresso dai ricavi: questi ultimi possono essere aritmeticamente definiti quale prodotto del prezzo unitario per le quantità prodotte: px . Dove p è il prezzo e x è la quantità prodotta.

Per completezza è opportuno precisare che il prezzo non è un valore certo e immutabile. Esso varia in dipendenza di numerosi fattori di carattere oggettivo e soggettivo, quali ad esempio:

- l'utilità che il destinatario del bene o del servizio attribuisce allo stesso, in un determinato luogo fisico, in un certo istante;
- la scarsità o l'abbondanza di quel bene e la conseguente facilità o difficoltà di procurarselo; la condizione socio economica del soggetto interessato;
- la sua scala di valori e quant'altro. Per i prodotti (siano essi beni o servizi) che vengono collocati sul mercato, il valore ad essi attribuito viene espresso dal prezzo di mercato.

Le tariffe dei servizi erogati dal Servizio Sanitario Nazionale non si generano sul mercato attraverso il libero incontro della domanda e dell'offerta, ma vengono stabiliti dalle autorità pubbliche. Per questa ragione è corretto parlare, in questo caso, di "prezzi politici".

Classificazione dei costi

I valori di costo possono essere analizzati avendo come oggetto di riferimento le seguenti quattro dimensioni:

- l'esercizio oppure il periodo infrannuale di riferimento
- il prodotto o la prestazione oggetto del processo di trasformazione economica dell'azienda
- le singole unità organizzative dell'azienda medesima
- le singole fasi dei processi (core e di supporto) identificabili all'interno della catena del valore aziendale.

Partendo da questo presupposto è possibile individuare diverse tipologie di costo a seconda

- del grado di attribuibilità dei medesimi alle singole unità organizzative (costi specifici e costi comuni)
- dalla possibilità di imputare direttamente i costi ai prodotti/prestazioni generati dal processo di trasformazione economica (costi diretti/costi indiretti)
- dalla possibilità (in un'ottica di responsibility account) di controllo sui medesimi da parte del responsabile di un'unità organizzativa dell'azienda;

- dalla variabilità dei medesimi in relazione ai volumi di produzione (costi fissi/costi variabili).

E' importante sottolineare come quest'ultima classificazione assume significato solo se inquadrata in un orizzonte temporale circoscritto nel quale si assumono come definite, sia la tipologia dei processi di produzione posti in essere dall'azienda, sia la capacità produttiva (generatrice di costi fissi).

Costi specifici e costi comuni

Si definiscono specifici i costi immediatamente imputabili ad una data unità organizzativa aziendale, es: centro di costo, centro di responsabilità. Negli altri casi si parla di costi comuni. E' da notare che la caratteristica di specifico o comune non è strettamente legata alla natura del costo ma alla possibilità concreta o alla convenienza pratica di imputazione a uno degli oggetti descritti. Nei sistemi di contabilità direzionale, si rinuncia talvolta a trattare come specifici alcuni costi pur tecnicamente attribuibili con precisione. Ciò avviene nei casi in cui la rilevazione specifica sarebbe eccessivamente onerosa rispetto ai benefici che produrrebbe. Si pensi al costo dell'energia elettrica. Questo è tecnicamente imputabile con precisione a ciascun reparto di degenza e perfino a ciascun ambulatorio. Sarebbe sufficiente installare un contatore in ogni locale. E' tuttavia evidente che questa soluzione sarebbe generatrice di costi eccessivi rispetto ai benefici economici che una tale precisione potrebbe favorire.

Costi diretti e costi indiretti

Si definiscono costi diretti quelli direttamente imputabili all'oggetto dell'output del processo di produzione economica aziendale, es: ai singoli prodotti/prestazioni, o ad una determinata fase di un processo di produzione. Tutti gli altri costi che emergono dall'attività produttiva, ma non direttamente attribuibili ad uno degli oggetti indicati, si definiscono costi indiretti.

Costi controllabili e costi non controllabili

Questa definizione si riferisce alla possibilità che il responsabile di un'area aziendale sottoposta a budget (tecnicamente centro di responsabilità) possa realmente governare un costo imputato al suo centro. La discriminante non è di poco conto dal momento che, sulla base di questa, avrà senso o meno la responsabilizzazione del dirigente sul budget del proprio centro, con tutto quanto ne consegue, o dovrebbe conseguire, in merito all'applicazione dei sistemi di rewarding.

Costi fissi e costi variabili

E' forse la classificazione più rilevante ai fini dell'analisi economica orientata alle decisioni.

Si definiscono costi fissi quelli che non variano al variare della quantità di produzione.

Si pensi ad esempio ai costi per l'ammortamento dell'immobile che ospita un'azienda ospedaliera o allo stipendio di una caposala. Il loro ammontare prescinde dal numero di prestazioni effettuate mentre è strettamente correlato alla capacità produttiva dispiegata.

Per calcolare i Costi relativi ad una qualsiasi prestazione si deve introdurre nel calcolo l'efficienza che permette di stabilire le minime risorse per ottenere la prestazione ottimale.

EFFICIENZA

L'efficienza misura il rapporto tra le risorse impiegate ed ottenimento dei risultati secondo gli indicatori della qualità: appropriatezza, accessibilità, gradimento. Prima di procedere all'analisi delle relazioni matematiche che legano l'efficienza ai parametri relativi alla produzione occorre fissare l'attenzione su alcuni concetti correlati all'efficienza.

Efficienza Allocativa indica l'impossibilità di miglioramenti economici all'interno del sistema pur riducendo o ridistribuendo le risorse impiegate.

Efficienza del Processo misura in ambito sanitario il miglioramento continuo della qualità delle azioni per l'ottenimento di un prodotto.

Efficienza Tecnica indica il raggiungimento del miglior risultato possibile con il minor consumo di risorse.

Efficienza Paretiana indica il bilanciamento tra efficienza tecnica ed efficienza allocativa, ovvero il miglioramento di una va a discapito dell'altra.

La misura dell'efficienza può essere assimilata alla misura della produttività intesa come produttività del lavoro e valutazione della qualità. In quest'ottica parleremo di misura dell'efficienza di produzione effettiva, misura dell'efficienza di presenza nella produzione ed infine misura dell'efficienza di costo nella produzione.

Efficienza di produzione effettiva

La misura viene intesa come rapporto tra produzione e risorse umane impiegate:

$$\text{Eff(P1)} = \text{OrePre(P1)} / \text{Num(P1)}$$

Dove **OrePre(P1)** indicano le ore di presenza effettive utilizzate per realizzare il numero di prodotti **Num(P1)**. La misura dell'efficienza di produzione è essenzialmente finalizzata a conoscere gli indici di produzione di U.O./servizio e delle successive aggregazioni fino agli indici di azienda. Si pone il problema della sommabilità di efficienza su prodotti non omogenei. In questo caso si possono introdurre opportuni 'pesi' che permettano di effettuare la somma rendendo omogenei i valori di efficienza. Se indichiamo con z_i il peso per la correzione omogenea del prodotto P_i si ha che la misura dell'efficienza totale per la produzione di un'azienda, U.O./servizio o macroarticolazione sarà data da:

$$\text{EffTot} = \sum_i \text{OrePre}(P_i) / (\sum_i z_i * \text{Num}(P_i))$$

La difficoltà nel calcolo sta nell'individuare i corretti fattori di trasformazione.

Efficienza di presenza nella produzione

Viene definita come il rapporto fra ore di presenza effettive ed ore di presenza contrattuali sulla produzione per il dipendente D_1 .

$$\text{EffPres}(D_1) = \text{OrePres}(D_1) / \text{OreContr}(D_1)$$

Ovviamente quest'indicatore va calcolato su ogni singolo dipendente impiegato sulla produzione. La somma complessiva della efficienza di presenza nella produzione per una U.O./servizio su n dipendenti è data:

$$\text{EffPres}_{\text{totale}} = \sum_i \text{EffPres}(D_i) = \sum_i (\text{OrePres}(D_i) / \text{OreContr}(D_i))$$

Questa misura nel caso di U.O./servizi di erogazione di prestazioni sanitarie serve a capire se il personale viene utilizzato in modo ottimale.

Efficienza di costo nella produzione

Viene misurata come rapporto fra produzione realizzata e costi sostenuti per realizzare la produzione.

$$\text{EffCosto}(P_1) = \text{Prod}(P_1) / \text{Costo}(P_1)$$

Il **Prod(P1)** misura il numero di prodotti P_1 effettuati, mentre **Costo(P1)** è la somma complessiva dei costi sostenuti per produrre **Prod(P1)**.

Anche in questo caso per misurare l'efficienza di costo di produzione complessiva per U.O./servizio o per l'azienda si dovranno omogeneizzare i prodotti moltiplicandoli per un opportuno peso w_i in tal modo si ha:

$$\text{EffCostoTotale} = (\sum_i w_i * \text{Prod}(P_i)) / \sum_i \text{Costo}(P_i)$$

La difficoltà è sempre quella di trovare gli opportuni pesi per l'omogeneizzazione dei prodotti P_i .

APPROPRIATEZZA

Introduciamo un altro concetto l'**appropriatezza**. La si potrebbe definire come fare *“la cosa giusta al soggetto giusto, al momento giusto, da parte dell'operatore giusto, nella struttura giusta”*.

Tradotto in altri termini significa adattare un rimedio ad un male.

In sanità l'appropriatezza rappresenta le scelte di carattere politico aziendale atte ad individuare una *“filosofia”* di obiettivi comuni volti alla tutela della salute ed alle azioni organizzative per l'erogazione delle prestazioni.

Un approccio appropriato rappresenta la sintesi dei concetti d'innanzi descritti, deve essere efficiente, efficace ed economico, fermo restando che l'indirizzo politico dell'azienda deve considerare l'opportunità di allocazione delle risorse in termini di costo-utilità attesa. L'appropriatezza rappresenta la distanza che intercorre *“tra un comportamento osservato ed un comportamento atteso in base alle conoscenze scientifiche ed agli aspetti normativi”*. In tale contesto si devono sia definire i comportamenti attesi che misurare i comportamenti osservati. Nella definizione dei comportamenti attesi entrano in campo delle variabili che tengano in considerazione i pronunciamenti della comunità scientifica su una prassi da seguire, come questa prassi si possa identificare con gli obiettivi, il ruolo del paziente di *“indurre”* una procedura, in quale contesto socio-economico deve inserirsi il comportamento atteso.

La misura dei comportamenti osservati deve tenere conto di alcune variabili che servono ad omogeneizzare le diversità tra i sistemi sanitari e le diverse culture medico scientifiche sulle procedure da seguire.

Analisi Incrementale

Le funzioni di costo possono avere un immediato utilizzo nell'analisi incrementale. Viene espressa come la differenza delle funzioni di costo tra due alternative in virtù della differenza dei risultati ottenuti. Nel caso di una terapia somministrata per una patologia secondo l'utilizzo di due farmaci A e B si ha come funzione di analisi incrementale:

$$AI = (\text{Costo}(A) - \text{Costo}(B)) / (\text{Esiti}(A) - \text{Esiti}(B))$$

Ad esempio nella cura della cefalea supponiamo di utilizzare due farmaci e la misura degli esiti è il numero di giorni che nell'anno il paziente passa senza mal di testa. Immaginiamo che il farmaco **A**, per un anno di trattamento, abbia un costo di € 3200, mentre quello del farmaco **B** ha un costo di € 2750. Con l'utilizzo del farmaco **A** il paziente passa 150 giorni all'anno senza il mal di testa, mentre con il farmaco **B** il numero di giorni è 135. la **AI** da come valore 30 €/giorno ovvero il trattamento con il farmaco **A** porta ad un incremento di € 30 al giorno per ogni giornata senza emicrania guadagnata in più dal paziente.

PRODUTTIVITA'

La produttività è una misura del conseguimento di un risultato superiore rispetto ai mezzi impiegati da un punto di vista quantitativo, fisico e di valore. Si parla di **produttività media** quando calcoliamo il rapporto tra il risultato dell'attività economica ed i mezzi impiegati, tra il prodotto e l'insieme dei fattori di produzione che hanno concorso a produrlo, o anche con riferimento al solo fattore lavoro (quantità di prodotto pro capite) non per esprimere il solo apporto del lavoro al processo produttivo ma per dare un'idea dell'efficienza del processo stesso che è il risultante di della combinazione di almeno due fattori, capitale e lavoro. Gli indicatori che si possono utilizzare per la misura della produttività devono mettere in rapporto la produzione, espressa in quantità o in valore, e uno dei fattori produttivi in genere il **lavoro** (numero di dipendenti per U.O./servizio o numero di ore impiegate alla produzione) o il **capitale** (in unità monetarie con potere d'acquisto costante).

TEORIA SULLE FUNZIONI DI COSTO E PRODUTTIVITA'

Analizziamo il costo e di produttività, introducendo due funzioni nelle quali la variabile indipendente x indichi il numero di prodotti, mentre le costanti sono valori di costo o ricavo. La teoria che svilupperemo terrà conto dell'efficienza e dell'efficacia per definire le funzioni costo e di produttività.

FUNZIONE DI COSTO

Nella definizione di una funzione che sia soddisfatta del costo sostenuto per una linea di attività si deve tenere conto dei costi fissi + costo delle attrezzature, del costo del personale, del costo delle attrezzature, del costo di produzione + costo energetico, costo di ammortamento + costo di manutenzione. Indicando con:

a = costi fissi + costo delle attrezzature

b = costi del personale

c = costo di produzione + costo energetico

d = costo d'ammortamento + costo di manutenzione

La funzione di costo è:

$$C(x) = a + (b/x) - cx^2 + dx$$

Come si può vedere la funzione ha un termine costante a ovvero la somma dei costi fissi più il costo delle attrezzature che indipendentemente dai prodotti x rimangono costanti. Il termine di costo del personale viene diviso per x prodotti questo termine diviene piccolo al crescere dei prodotti, ottimizzazione del personale. Il termine di costo di produzione più costo energetico diviene negativo e viene moltiplicato per il quadrato dei prodotti questo permetterà di ridurre i costi del termine a e quelli del termine dx (costo d'ammortamento + costo energetico moltiplicato il numero di prodotti).

Questa da un punto di vista matematico rappresenta una curva asintotica, il cui studio ci permetterà di ipotizzare una programmazione che tenda alla minimizzazione della funzione di costo nelle U.O./servizi delle aziende che erogano sanità.

La derivata prima della funzione di costo è:

$$C'(x) = -(b/x^2) - 2cx + d$$

per $C'(x) = 0$ vi è un punto di massimo per valori negativi della produzione x pertanto non è di nostro interesse. L'asintoto verticale è $x=0$.

A questo punto vi sono delle considerazioni da fare:

- 1) nel far tendere a zero il numero delle prestazioni prodotte ovvero $x \rightarrow 0$, nella funzione di costo diventa predominante il costo del personale, in teoria tende all'infinito;
- 2) nel minimizzare i costi si deve avere la $C(x) \rightarrow 0$ (equilibrio dei costi) questo si traduce nel risolvere un'equazione di terzo grado ovvero:

$$cx^3 - dx^2 - ax - b = 0$$

la soluzione di quest'equazione è di tipo grafico a seconda dei parametri di costo associati.

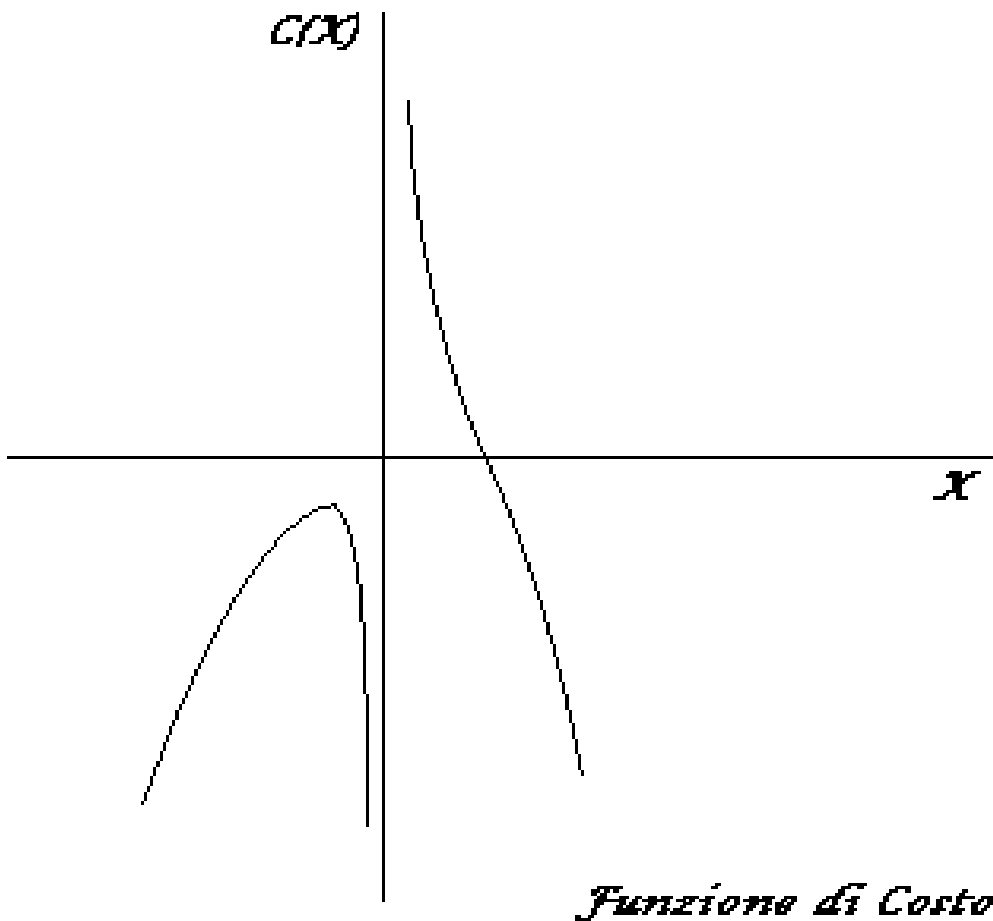
Nell'ipotesi che:

$$d = a$$

$$b = c = n \cdot a$$

ovvero il costo d'ammortamento + costo di manutenzione è uguale ai costi fissi, mentre il costo del personale ed il costo di produzione + costo energetico è uguale ad n -volte a , si verifica che la curva di costo $C(x)$ tenderà a zero (equilibrio) per valori di produzione piccoli al limite nulli per $n \rightarrow \infty$.

Lo studio completo viene effettuato tramite un apposito software allegato al presente lavoro. Questo software ci permette di visualizzare graficamente l'andamento della funzione di costo $C(x)$ oltre a calcolare i valori x di produzione che rendono nulli la $C(x)$. Il grafico della funzione è:



FUNZIONE DI PRODUTTIVITA'

La definizione di una funzione di produttività oltre a tenere in considerazione alcuni parametri descritti precedentemente, deve essere comprensiva di fattori qualità e ricavo. Un primo fattore è la produttività media che è rapporto tra il risultato dell'attività economica ed i mezzi impiegati. Il secondo fattore è la bontà dell'esame intesa come rapporto tra la differenza di successi ed insuccessi sul numero totale delle prestazioni. Il terzo fattore è la difficoltà dell'esame o della prestazione che è il rapporto tra il numero di pazienti che hanno concluso l'esame o la prestazione meno il numero di pazienti che non hanno concluso l'esame o la prestazione, sul numero totale dei pazienti trattati. Infine vi è il ricavo dell'esame a costi tariffati. I parametri sono:

a_1 = (risultato dell'attività economica/mezzi impiegati)

b_1 = (successi-insuccessi)/totale prestazioni

c_1 = (Nr. pazienti a conclusione-Nr. pazienti senza conclusione)/Totale pazienti

d_1 = Ricavo della prestazione

La funzione di produttività può così essere scritta:

$$p(x) = a_1 x^2 + b_1 x - c_1/x + d_1 x$$

Questa curva presenta un asintoto verticale per $x=0$

Anche questa da un punto di vista matematico è una curva asintotica, il cui studio ci permetterà di ipotizzare una programmazione che tenda alla massimizzazione della funzione di produttività nelle U.O./servizi delle aziende che erogano sanità.

La derivata prima della funzione di produttività è:

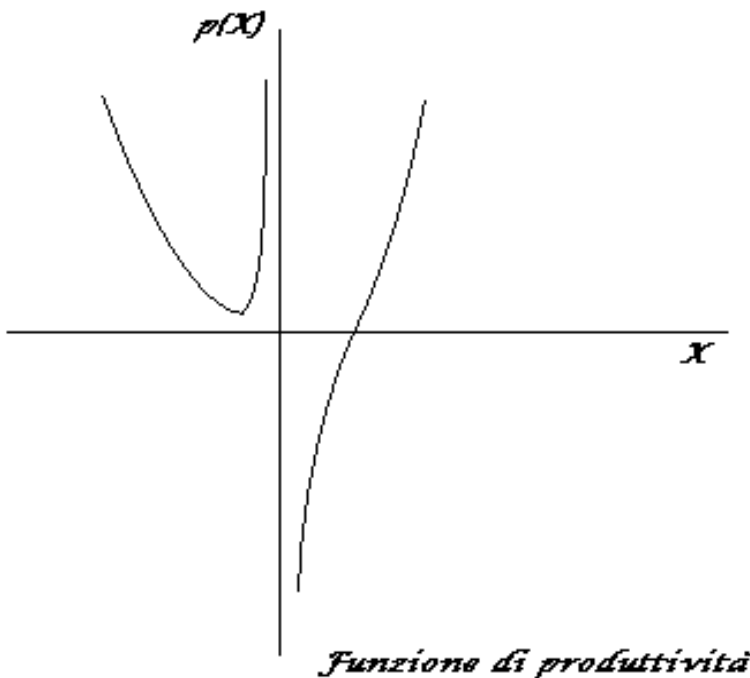
$$p'(x) = 2a_1 x + b_1 + (c_1/x^2) + d_1$$

per $p'(x) = 0$ vi è un punto di minimo per valori negativi della produzione x pertanto non è di nostro interesse.

A questo punto vi sono delle considerazioni da fare:

- 1) nel far tendere a zero il numero delle prestazioni prodotte ovvero $x \rightarrow 0$ nella funzione di produttività diventa predominante la difficoltà dell'esame, in teoria tende all'infinito. Questo è ragionevole tanto più è difficile l'esame tanto maggiore saranno, al diminuire delle prestazioni effettuate, il numero di prestazioni non completate (ovvero equipe poco preparata);
- 2) nel massimizzare la funzione di produttività si deve avere la $p(x) \rightarrow \infty$ (aumento esponenziale della produttività) questo si traduce nell'aumentare il numero di prodotti x ma non portando gli stessi ∞

Lo studio completo viene effettuato tramite un apposito software allegato al presente lavoro che ci permette di visualizzare graficamente l'andamento di $p(x)$.



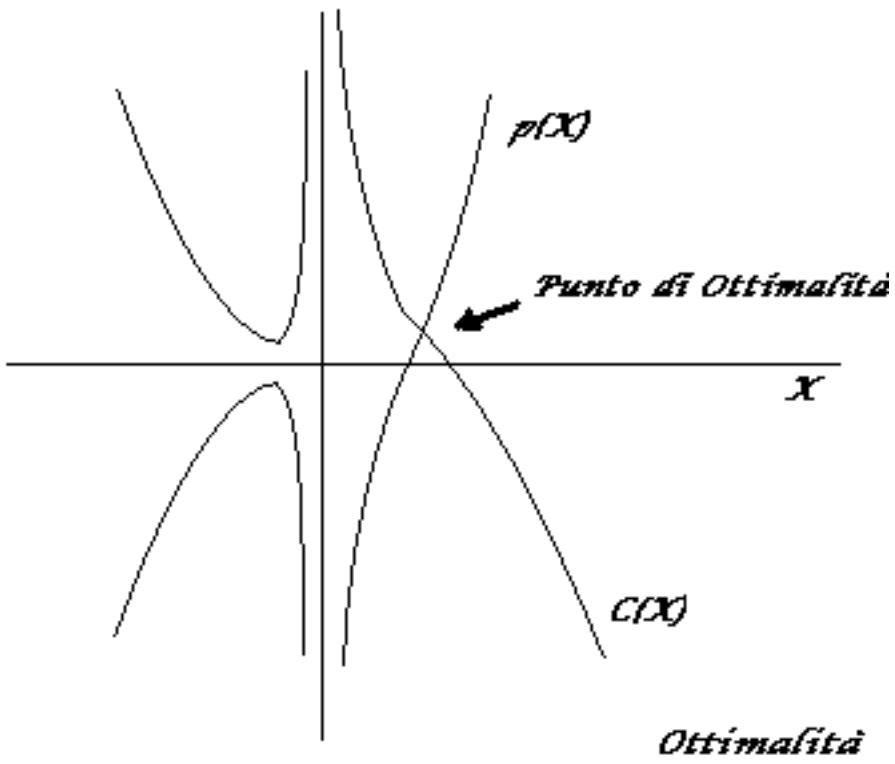
TEORIA DELL'OTTIMALITA'

A questo punto sorge spontanea una domanda: Qual è il punto x nel cui intorno abbiamo una minimizzazione dei costi ed una massimizzazione dei prodotti ?

Questo punto è dato dall'intersezione delle curve $c(x)$ e $p(x)$ in altri termini si tratta di risolvere il sistema:

$$\begin{cases} c(x) = a + (b/x) - cx^2 + dx \\ p(x) = a_1x^2 + b_1x - c_1/x + d_1x \end{cases}$$

La soluzione matematica è molto complessa la teoria ci dice che vi sono due soluzioni reali una per valori negativi di x , priva di significato nella nostra trattazione, ed una per valori positivi di x . La soluzione numerica è quella perseguibile in funzione dei parametri dati alle due funzioni.



CASO APPLICATO ALLE PRESTAZIONI DEFINITE NEL DOCUMENTO "NOMELATORE" PER LA MISURA DELL'OTTIMALITA'

Il calcolo analitico dei costi abbisognerebbe di un controllo di gestione funzionante nelle varie aziende sanitarie ed ospedaliere della regione, purtroppo sulla carta esistono una pletera di strutture ed uffici di controllo di gestione o peggio di controllo interno che non hanno minimamente implementato un sistema di contabilità analitica per linee di prodotto.

Stante così le cose si possono derivare con un buon grado di attendibilità i parametri che entrano all'interno della funzione di costo.

Nell'ipotesi sotto studio sarebbe opportuno risolvere il sistema di equazioni sopra proposto per calcolare il punto di ottimalità corrispondente, nel nostro caso, al valore ottimale delle prestazioni da produrre x che è il potenziale produttivo per una determinata linea di prodotto ma dobbiamo ricavare il valore di d_1 = Ricavo della prestazione.

Nel calcolo dei parametri necessari per la funzione di costo si sono derivati i dati di spesa sostenuti dai conti economici delle aziende sanitarie ed ospedaliere della Regione Calabria inseriti nel sistema sanitario statistico del Ministero della Salute.

Parametri della Funzione di COSTO

VALORE DI a = costi fissi + costo delle attrezzature

Il valore medio dei costi fissi viene derivati dai **costi della produzione** relativamente alla voce B) del C.E. utilizzando il driver della divisione per la produzione media delle aziende sanitarie ed ospedaliere derivato sempre dai dati sanitari presenti nel SISAN. I costi delle attrezzature utilizzate nella prestazione vengono calcolati sommando i prezzi di un laser, di una lampada a fessura, di una pompa ad infusione e di una lente a contatto per il trattamento laser, diviso il tempo di utilizzo medio annuo.

VALORE DI b = costi del personale

Il costo medio del personale viene derivato dal C.E. per il personale che interviene all'interno del processo.

Costo annuo medio medico compreso di oneri riflessi 102.665,78

Costo annuo medio personale paramedico (infermieri o tecnici) 33.010,24

In termini di costo per minuto:

Costo medio minuto per medico = $102.665,78 / (47 \text{ sett.} * 30 \text{ h} * 60 \text{ min}) = 1,21$

Costo medio minuto per infermiere = $33.010,24 / (47 \text{ sett.} * 30 \text{ h} * 60 \text{ min}) = 0,39$

VALORE DI c = costo di produzione + costo energetico

Anche in questo caso valgono le considerazioni espresse nel caso dei costi fissi, ovvero:

VALORE DI d = costo d'ammortamento + costo di manutenzione

Il valore lo deriviamo dal costo delle attrezzature mantenendo una percentuale d'ammortamento del 20% ed un'incidenza della manutenzione pari al 5%.

Parametri della Funzione di PRODUTTIVITA'

VALORE di a1 = risultato dell'attività economica/mezzi impiegati

I valori sono stati ricavati attraverso l'analisi delle schede di budget.

VALORE di b1 = (successi-insuccessi)/totale prestazioni

I valori sono stati ricavati attraverso l'analisi delle schede di budget

VALORE di c1 = (Nr. pazienti a conclusione-Nr. pazienti senza conclusione)/Totale pazienti

I valori sono stati ricavati attraverso l'analisi delle schede di budget.

VALORE di d1 = Ricavo della prestazione

Questo valore è stato ottenuto dai tariffari a DGR, dal Nomenclatore Tariffario e dal Tariffario delle prestazioni di Prevenzione.

CALCOLO DEL PUNTO DI OTTIMALITA'

Il problema ancora non è risolto, bisogna rispondere alla domanda: quante prestazioni deve erogare la struttura affinché esista un punto x nel cui intorno si abbia una minimizzazione dei costi ed una massimizzazione dei prodotti ?

La soluzione risiede nel sistema di equazioni:

$$\begin{cases} c(x) = a + (b/x) - cx^2 + dx \\ p(x) = a_1x^2 + b_1x - c_1/x + d_1x \end{cases}$$

il valore di x viene calcolato attraverso la minimizzazione della funzione di costo e la massimizzazione della funzione di produttività attraverso il metodo della soluzione di equazioni di terzo grado, relative alle due funzioni derivate prime:

$$\begin{aligned} c'(x) &= -(b/x^2) - 2cx + d \\ p'(x) &= 2a_1x + b_1 + (c_1/x^2) + d_1 \end{aligned}$$

uguagliando a zero si ha:

$$\begin{aligned} (b/x^2) - 2cx + d &= 0 \\ 2a_1x + b_1 + (c_1/x^2) + d_1 &= 0 \end{aligned}$$

ric conducibile all'equazione di terzo grado le cui soluzioni sino date da:

$$x = y - \frac{a}{3}$$

dove:

$$y = \sqrt[3]{-\frac{q}{2} + \sqrt{\frac{q^2}{4} + \frac{p^3}{27}}} + \sqrt[3]{-\frac{q}{2} - \sqrt{\frac{q^2}{4} + \frac{p^3}{27}}}$$

e

$$\begin{cases} p = -\frac{a^2}{3} + b \\ q = \frac{2a^3}{27} - \frac{a \times b}{3} + c \end{cases}$$

Il Responsabile del Progetto

Dott. Giuseppe Romano

