



Scheda descrittiva delle azioni per il "Patto di buon governo 2010"

Premessa

Con la legge 311/2004 si è dato l'avvio alla pesante manovra di contenimento della spesa sanitaria al fine di garantire il perseguimento dell'equilibrio di bilancio tra il fabbisogno determinato a livello nazionale per il servizio sanitario regionale ed il costo del servizio stesso.

I contenuti di tale manovra sono stati acquisiti nell'Intesa Stato - Regioni del 23.3.2005 e nella legge regionale n. 7 del 21 aprile 2005 con la previsione dell'adozione di un piano strategico di riqualificazione dell'assistenza e di rientro del disavanzo consolidato (PRR), in conformità a linee guida adottate dalla Giunta Regionale.

Stante la sostanziale insufficienza e inefficacia delle suindicate misure l'Intesa tra lo Stato e le Regioni del 3 dicembre 2009, relativa al Patto per la salute 2010 - 2012, nel ribadire l'obbligo in capo alle regioni del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario della gestione, ha previsto ulteriori indicazioni vincolanti per la programmazione e la gestione regionale della sanità unitamente allo sviluppo del monitoraggio della rete delle strutture, delle attività e dei costi dei servizi sanitari regionali mediante un'ampia gamma di indicatori.

In ottemperanza alle prescrizioni della DGR 20/7 del 19.05.2010 e del Patto per la Salute 2010-2012, si illustrano di seguito i contenuti della manovra gestionale straordinaria, che unitamente alle schede di rilevazione e al CE preventivo, integrano la documentazione necessaria per addivenire alla stipula del "Patto del Buon Governo" tra la Regione e l'Azienda Sanitaria Locale n. 5.

Occorre, tuttavia, preliminarmente, evidenziare una serie di importanti criticità che hanno un'indubbia e profonda incidenza sul raggiungimento dell'equilibrio economico- finanziario per l'Azienda Sanitaria Locale n. 5 di Oristano. Tra le più significative si segnalano:

- 1) Insufficienza delle assegnazioni finanziarie
- 2) sistema sisar
- 3) attivazione strutture aziendali
- 4) carenza della dotazione organica

Insufficienza delle assegnazioni finanziarie

L'esame delle assegnazioni finanziarie attribuite all'ASL di Oristano nel corso degli ultimi esercizi evidenzia una chiara situazione di criticità. Tra l'esercizio 2007 e l'esercizio 2008 vi è stato un incremento percentuale dell'1,6%; tra l'esercizio 2008 e l'esercizio 2009 vi è stato un incremento percentuale dello 0,5% a fronte di incrementi anche dell'11% assegnati ad altre ASL.

Appare di tutta evidenza che gli incrementi di cui sopra non sono sufficienti neanche per coprire il fisiologico aumento dei costi, soprattutto di quelli ad alta rigidità come il personale e i medici convenzionati.

Sistema SISAR

Non si vuole certo disconoscere l'importanza di un unico sistema informativo integrato che riduca l'elevato grado di disomogeneità delle soluzioni informatiche attualmente in uso presso le varie Aziende e completi l'impianto complessivo con le componenti ancora non informatizzate e garantisca una visione unitaria del "sistema salute" della Regione.

Tuttavia non va taciuto che il sistema SISAR ha messo in crisi l'ASL n. 5 che ha dovuto abbandonare il vecchio sistema informativo i cui moduli, benché settoriali e non integrati, erano ormai collaudati e assolutamente funzionali alle sue esigenze.

Il nuovo **sistema amministrativo SISAR**, che comprende l'Area Amministrativo-Contabile, l'Area approvvigionamenti e logistica, l'Area Risorse Umane e l'Area Pianificazione e Controllo, si è rivelato un sistema scarsamente flessibile, che non si adatta alle esigenze dell'Azienda producendo notevoli ritardi nello sviluppo dei processi amministrativi, quali ad. es. il pagamento delle fatture ai fornitori.

Ancora l'eccessiva lentezza dell'applicativo generata sia dall'inadeguatezza della rete telematica regionale che dal numero esagerato di passaggi necessari per compiere operazioni assolutamente semplici, contribuiscono ad accrescere significativamente i ritardi di cui sopra.

Il sistema, inoltre, è scarsamente integrato e i vari moduli non si interfacciano fra di loro in maniera efficace.

Non solo. Il recupero dati è stato parziale e difficoltoso creando una serie infinita di problemi per gli operatori che, già in difficoltà per la carenza di organico, hanno dovuto veramente destreggiarsi per ottenere dati e risultati sulla cui concreta attendibilità si possono ancora nutrire seri dubbi.

Sono andate, inoltre, perdute alcune funzionalità preziose di ricerca, di stampa e di controllo dati che consentivano una notevole razionalizzazione del lavoro e che oggi, invece, costringono ad una attività di data entry assolutamente non compatibile con un sistema informativo moderno. Il modulo della contabilità analitica è poi una scatola vuota che viene alimentata con dati assolutamente insufficienti.

Le difficoltà nella verifica dei dati con strumenti semplici, unitamente alla impossibilità di disporre dei dati di contabilità analitica, rendono oltremodo gravoso il lavoro di valutazione qualitativa e quantitativa dei dati con la conseguente impossibilità di fare analisi e previsioni affidabili e ponderate, soprattutto in funzione delle necessarie riduzioni di spesa.

Attivazione strutture aziendali

Il percorso di attivazione dell'articolazione organizzativa prevista nell'Atto Aziendale è un processo graduale che ha la necessità di svilupparsi in

un determinato arco di tempo per essere portato a ragionevole compimento con l'attivazione delle strutture in esso previste e la correlata assegnazione degli incarichi stabili.

Di fatto quello che si è registrato negli ultimi 4 o 5 anni è un significativo turn over dei Direttori di Struttura che è stato gestito solo con l'assegnazione di incarichi provvisori di sostituzione. Questo ha avuto delle importanti conseguenze sull'attività svolta da ciascuna U.O. perché la individuazione delle strategie, dei piani di attività e delle corrette politiche di gestione può essere effettuata solo dal Direttore stabile della struttura.

Ovviamente la su esposta situazione ha anche delle importanti ripercussioni rispetto alla manovra gestionale straordinaria che dovrà essere individuata per ciascuna linea di attività. Si deve sottolineare, inoltre, che la gestione commissariale con consente margini di manovra in tale contesto in quanto la necessaria razionalizzazione delle strutture aziendali può essere effettuata solo a seguito di una revisione dell'Atto Aziendale attualmente in essere. E' ragionevole ipotizzare che una nuova articolazione aziendale che contempli la riduzione delle strutture semplici e l'accorpamento di alcune strutture complesse con una conseguente migliore distribuzione degli incarichi porterà ad un risparmio certo, ma allo stato non è possibile quantificarlo.

Carenza dotazione organica

E' sufficiente confrontare i dati di personale delle varie Aziende della Regione Sardegna per capire che la sovradotazione, soprattutto di personale medico, non riguarda l'ASL n. 5 di Oristano.

Da anni questa Azienda registra una notevole carenza di personale che risale addirittura all'epoca della fusione delle cessate UU.SS.LL. quando venne rideterminata la dotazione organica della costituenda Azienda USL n. 5.

Negli anni successivi il blocco delle assunzioni introdotto dalle varie leggi finanziarie che si sono succedute, ha di fatto impedito le necessarie sostituzioni, in particolare del personale sanitario e del personale amministrativo che oggi è assolutamente insufficiente anche per garantire le più ordinarie attività istituzionali. In alcune UU.OO., con il personale a disposizione, non si riesce neanche a chiudere i normali turni di lavoro con la conseguenza che spesso si deve fare ricorso ad istituti contrattuali concepiti per fronteggiare situazioni estemporanee di particolare urgenza solo per garantire la continuità delle prestazioni. Questa situazione ha peraltro determinato un'altra importante conseguenza: vale a dire l'aumento delle consulenze sanitarie e dei co.co.co. In molti casi l'assenza dei medici, non fronteggiabile attraverso le ordinarie forme di assunzione, comprese ovviamente quelle a tempo determinato, ha di fatto imposto la stipula di contratti libero-professionali, pena l'interruzione delle prestazioni.

Va comunque osservato che il semplice esame numerico della dotazione organica non è di per se sufficiente a valutarne gli esuberi perché occorre esaminare l'età media dei dipendenti e l'incidenza degli istituti contrattuali che limitano fortemente la loro presenza in servizio (part time, permessi, L. 104, limitazioni funzionali ecc.)

La situazione di sofferenza in cui versa l'Azienda, rende oltremodo difficile fare previsioni che contemplino ulteriori riduzioni sulle assunzioni e sulla spesa complessiva per il personale: il rischio è quello di compromettere seriamente l'erogazione di prestazioni appropriate, qualitativamente accettabili e coerenti con i LEA.

I contenuti della manovra

Come stabilito nell'allegato alla DGR della DGR 20/7 del 19.05.2010, la manovra si articola in tre parti:

- 1) Appropriatelyzza e performance delle prestazioni
- 2) Costi delle prestazioni affidate all'esterno
- 3) Costi della produzione interna

Appropriatelyzza e performance delle prestazioni

Come già evidenziato nei documenti regionali, la Sardegna presenta evidenti situazioni di inappropriatelyzza della domanda di prestazioni e della correlata offerta, caratterizzata sostanzialmente da un eccessivo ricorso all'ospedalizzazione ordinaria a fronte del limitato ricorso all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale e da un'elevata incidenza della spesa farmaceutica territoriale.

Per gestire le situazioni di inappropriatelyzza della domanda occorre agire sul livello della prescrizione delle prestazioni.

Spesa farmaceutica territoriale. Il governo della spesa farmaceutica e della sua appropriatelyzza passa attraverso le seguenti azioni:

1) *potenziare la cultura dei farmaci generici nel territorio*, ma ancor di più potenziare la distribuzione diretta dei farmaci non ancora in DPC.

Tale ultimo risultato sarà ovviamente possibile nel momento in cui l'ASL capofila riuscirà a fare la gara per l'acquisto dei farmaci, precedentemente inseriti nell'allegato A) e come tali di competenza esclusiva delle ASL, che oggi possono essere distribuiti in DPC dalle farmacie convenzionate.

2) *sensibilizzare gli specialisti interni* perché indirizzino i pazienti, dopo la visita specialistica, al ritiro dei farmaci (classe A, PHT, H) presso la Farmacia Territoriale. Allo stesso modo occorre un'intensa attività di sensibilizzazione dei medici di medicina generale perché richiedano i farmaci necessari ai pazienti in ADI direttamente alla Farmacia Territoriale.

3) *per quanto riguarda i medici dipendenti*, occorre osservare che questa Azienda ha già terminato il percorso di assegnazione degli obiettivi di budget per l'anno 2010 pertanto allo stato attuale appare particolarmente complicato procedere alla rinegoziazione degli stessi ai fini dell'inserimento di tale risultato. Ciò che verosimilmente potrà sortire effetti positivi in tale ottica è l'emanazione di una specifica direttiva la cui eventuale inosservanza sarà oggetto di specifica contestazione disciplinare e di successivo invio al Nucleo Aziendale di Valutazione.

4) *dispositivi medici distribuiti nel territorio*. A tal fine si ritiene necessaria l'attivazione di linee guida per l'utilizzo delle medicazioni avanzate in ADI e una significativa azione di informazione e formazione per migliorare l'appropriatelyzza prescrittiva per la nutrizione entrale (alimenti dietetici a fini medici speciali) dei pazienti inseriti in ADI e in RSA. Infine è necessario prevedere nuove procedure per l'acquisto di microinfusori al fine di limitare l'acquisto con dichiarazione di scelta a casi particolari e sufficientemente motivati.

5) *distribuzione diretta dei farmaci*. Un'azione che si ipotizza di poter porre in essere in ordine ad auspicabili risparmi di spesa è costituita dalla distribuzione diretta dei farmaci a tutti i pazienti inseriti in regime residenziali nelle strutture convenzionate con l'Azienda alle quali in sede di stipula dei contratti si può

chiedere la condivisione del prontuario terapeutico dell'ASL. Ciò potrà determinare oltre al risparmio di spesa legato al minor costo dei farmaci, anche un automatico controllo sull'appropriatezza delle prescrizioni con conseguenti ulteriori riduzione dei costi. Ciò sarà naturalmente possibile nel momento in cui interverranno specifiche disposizioni regionali che legittimano e disciplinano il percorso succitato.

Le azioni succitate verranno poste in essere in maniera sinergica e parallela al fine di poter conseguire gli auspicabili risparmi di spesa evidenziati nel CE di previsione 2010.

Prestazioni territoriali

L'assistenza alle persone con disabilità e la presa in carico dell'anziano e dei soggetti non autosufficienti è garantita grazie all'operatività in Azienda del Punto Unico di Accesso (PUA) dislocato nei tre distretti aziendali, che assicura la continuità e la tempestività delle cure a tali pazienti cui devono essere fornite risposte multiple di tipo sanitario (prestazioni infermieristiche, mediche, riabilitative ecc.) o sociosanitario (cure domiciliari, residenza diurna o a tempo pieno, ecc.).

Le problematiche principali per l'assistenza delle persone con disabilità, degli anziani e dei soggetti non autosufficienti, nascono dalle carenze e inadeguatezze delle strutture attualmente esistenti, in quanto mancano strutture intermedie di tipo residenziale e riabilitativo.

Tuttavia l'operato continuo e attento delle Unità di Valutazione Territoriale, con il coinvolgimento delle famiglie, eventualmente dei comuni e delle altre risorse del territorio, permette un'appropriata permanenza e/o rientro a domicilio dei pazienti, consentendo una loro minore permanenza nella struttura o il trasferimento in altre strutture socio-assistenziali più appropriate.

Prestazioni ospedaliere

La previsione è quella di procedere all'istituzione di nuove attività presso il P.O. San Martino di Oristano al fine di attuare il processo di corretto utilizzo dell'ospedale. Tali attività consentiranno l'offerta di prestazioni che completeranno il percorso del paziente sia nella fase di acuzie che nell'immediato post-acuzie. Tale percorso terapeutico e riabilitativo garantisce i requisiti di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri contribuendo in maniera fortemente positiva non solo al miglioramento della performance dell'assistenza ospedaliera ma anche al miglior utilizzo dei posti letto, con riduzione della degenza media e dei relativi costi.

Le attività che si intende istituire presso il Corpo "M" del P.O. "San Martino" di Oristano sono:

- **14 posti letto di Codice 75 neuroriabilitazione;**
- **10 posti letto Codice 56 Recupero e riabilitazione funzionale;**
- **15 posti letto pubblici di riabilitazione globale ad alta intensità;**

Si prevede inoltre di attivare:

- **20 posti letto Codice 60 Lungodegenza** (di cui **10** presso P.O. "San Martino" di Oristano, **5** presso il P.O. "G.P. Delogu" di Ghilarza e **5** presso il P.O. "Mastino" di Bosa).

Con la realizzazione presso il Corpo "M" del P.O. "San Martino" di Oristano delle nuove attività si assicura un percorso assistenziale che articola i livelli assistenziali e organizzativi in interventi di terzo livello riabilitativo per le cerebrolesioni e i gravi traumi cranio-encefalici; di secondo livello riabilitativo

per la presa in carico multicomprendensiva di individui per i quali il trattamento di recupero funzionale di menomazioni e disabilità è indifferibile; e prestazioni di primo livello riabilitativo erogate, in regime di ricovero, presso le unità operative ospedaliere di lungodegenza post-acuta a valenza riabilitativa estensiva.

Costi delle prestazioni affidate all'esterno

L'esame dei dati relativi alla composizione per età della popolazione residente nella Provincia di Oristano e alla sua struttura, evidenzia una tendenza generale all'invecchiamento e una bassa natalità. Di fatto l'Azienda ha la popolazione più anziana di tutta la Regione Sardegna (indice di vecchiaia pari a 172, contro 131 della Regione). La tendenza all'invecchiamento della popolazione dell'Azienda, è più marcata nei distretti di Ales-Terralba e di Ghilarza-Bosa, mentre è negativo il saldo naturale tra il tasso di natalità (7%) e quello di mortalità (10%). A ciò si accompagna un incremento del saldo migratorio.

Le caratteristiche della popolazione assistita e/o presente presso il territorio aziendale determinano gli aspetti di criticità sottospecificati:

- una diminuzione della natalità;
- un aumento della disabilità;
- un aumento dell'isolamento sociale degli anziani;
- un aumento della prevalenza delle patologie cronico-degenerative;

I fattori di cui sopra hanno come fisiologica conseguenza l'aumento della domanda di prestazioni di assistenza territoriale residenziale, di assistenza riabilitativa globale, e di assistenza psichiatrica.

Le azioni che l'ASL 5 intende porre in essere in tale contesto sono sostanzialmente finalizzate a garantire l'appropriatezza e a monitorare il rispetto dei tetti contrattuali, non essendo ipotizzabili dei tagli di spesa. Al contrario, il trend registrato nel 2009 e nei primi mesi del 2010 evidenzia chiaramente l'insufficienza dei tetti contrattuali stabiliti dalla Regione, causata principalmente dall'aumento della domanda sopra citato. Si precisa in merito che le schede di analisi dei costi, relativamente alla programmazione dell'anno 2010, sono state compilate tenendo conto dei tetti contrattuali assegnati nell'anno 2009 ma per le ragioni su esposte non esprimono una visione realistica della domanda e della correlata offerta di prestazioni.

Si precisa, inoltre che le schede di analisi dei costi riguardano, come richiesto, solo le strutture contrattualizzate. In realtà una parte significativa di prestazioni di assistenza psichiatrica, di RSA e di riabilitazione globale viene acquistata anche da strutture extra-ASL con le quali non esiste uno specifico contratto annuale. Anche tali prestazioni incidono ovviamente sui tetti contrattuali assegnati, per cui l'analisi delle schede deve tener conto anche di tale situazione.

La rete dei soggetti erogatori sul territorio della Provincia presenta la seguente distribuzione:

Oristano

Casa di Cura Madonna del Rimedio (attività di degenza e specialistica ambulatoriale)

- 1 Centro polispecialistico
- 3 Centri di riabilitazione
- 2 Laboratori analisi
- 3 Studi di radiologia

1 studio di cardiologia
1 studio di ortopedia
Cabras
1 Centro di riabilitazione
Milis
1 RSA
Ales
1 Centro di riabilitazione
Terralba
1 Centro di riabilitazione e terapia fisica
Laconi
1 Centro di riabilitazione
Abbasanta
1 Laboratorio analisi
Fordongianus
1 Centro termale
1 Centro terapia fisica
Suni
1 Centro di riabilitazione

La distribuzione territoriale sopracitata evidenzia una concentrazione dei soggetti erogatori nell'ambito del Comune di Oristano, mentre c'è una scarsa presenza nel territorio di Ales, Ghilarza e Bosa.

La capacità produttiva espressa dai suddetti erogatori appare allo stato sufficiente per soddisfare la domanda di prestazioni sanitarie, ad eccezione di quanto specificato per le prestazioni di assistenza psichiatrica, di RSA e di riabilitazione globale.

Costi della produzione interna

Come precisato nei documenti regionali, per "costi della produzione interna" si intendono tutti i costi sostenuti dall'ASL n. 5, al netto dei costi sostenuti per le prestazioni finali affidate all'esterno.

Composizione dei costi di produzione

Si illustrano di seguito gli interventi che si ipotizza di realizzare sui fattori produttivi più rilevanti.

Personale

1) Personale dipendente: in ordine alle considerazioni sulla carenza di personale, già anticipate in premessa, ed al fine di poter rendere concrete le azioni di gestione finalizzate alla razionalizzazione ed economicità delle risorse, si ritiene necessario ed essenziale, come rappresentato nella riunione del 16.06.2010 presso la Direzione Generale dell'Assessorato, dotare l'ASL di alcune figure professionali sanitarie, ma anche amministrative di supporto, al fine di rendere possibili le attività complementari al Piano.

L'attuale dotazione organica dell'ASL di Oristano conta n. 1782 posti, di cui 187 vacanti. Ciò significa che il 10,49% della dotazione organica risulta non coperta.

Tale situazione è stata determinata, nel corso degli anni, dai provvedimenti di limitazione delle assunzioni disposti dalle diverse Leggi finanziarie e dalle correlate norme regionali di riferimento.

Il costo del personale, compreso quello reclutato con forme flessibili di lavoro (tempo determinato, somministrazione di lavoro, co.co.co, incarichi libero

professionali) è attualmente cristallizzato per legge ed al netto degli oneri derivanti dai rinnovi contrattuali, al costo sostenuto nell'anno 2004 ridotto dell'1,4 per cento.

Anche per l'anno 2010 l'articolo 2, comma 71 della Legge Finanziaria n. 191/2009, ha previsto che per gli enti del Servizio sanitario nazionale le spese del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'imposta regionale sulle attività produttive, non superino il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento.

L'ASL di Oristano si è sempre attenuta al rispetto dei vincoli di finanza pubblica disposti in materia di reclutamento di personale, come risulta dagli atti ufficiali trasmessi annualmente al Ministero dell'Economia ed alla Regione Sardegna con le specifiche Tabelle di rilevamento.

Alla luce di quanto sopra esposto risulta oggettivamente non attuabile alcun provvedimento che preveda una ULTERIORE LIMITAZIONE dei già stringenti vincoli sulle assunzioni disposti dalla Legge Finanziaria 2010, a meno che non si accetti il concreto pericolo di chiusura di uffici/reparti con correlata mancata assistenza al cittadino-utente.

In merito alle carenze di personale sopra evidenziate occorre preliminarmente individuare quelle figure professionali che, in relazione alla loro infungibilità ed essenzialità, risultano assolutamente necessarie per il mantenimento dei servizi sanitari ed il cui reclutamento deve pertanto rimanere salvaguardato e non coinvolto da azioni di contenimento dei costi legati a manovre di rientro finanziario, pena la cessazione delle attività sanitarie in atto.

Il riferimento principale e prioritario è alle professionalità necessarie per il governo e la gestione delle Unità Operative Complesse.

Attualmente presso la ASL di Oristano risultano prive di titolare n. 16 Strutture Complesse sanitarie.

Per 10 di queste risulta già concluso l'intero procedimento di selezione dei candidati per il relativo incarico.

Per altre 6 si è in attesa di ricevere la preventiva autorizzazione all'espletamento delle selezioni da parte dell'Assessorato alla Sanità.

Le recentissime disposizioni legislative legate alla manovra finanziaria di cui al D.L. n. 78/2010 (in particolare quelle contenute nell'articolo 9 le quali prevedono sostanzialmente una cristallizzazione delle assunzioni di personale al 31.12.2010 fino a tutto il 2013) impongono agli organi che hanno la responsabilità della gestione di un Ente Pubblico di operare oggi tutte le scelte e decisioni necessarie per fare in modo che, nel triennio 2011-2013, siano assicurate le condizioni per il funzionamento dell'Ente.

Tale ragionamento, riferito alla situazione dell'ASL di Oristano, impone, senza possibilità di alternativa, che si proceda all'immediato reclutamento delle figure professionali necessarie per garantire la direzione di tali strutture, le quali altrimenti rimarrebbero prive di governo fino all'anno 2014, con evidenti e prevedibili disservizi per il cittadino-utente e correlati riflessi di ordine pubblico.

Ineludibile risulta pertanto, preliminarmente, procedere alla immediata individuazione e nomina dei Direttori delle indicate strutture complesse.

Gli oneri finanziari necessari per l'assunzione dei Direttori delle 10 Strutture Complesse per le quali risulta già concluso il procedimento di selezione dei candidati ammontano a complessivi €. 583692,59, su base annua: la spesa di pertinenza dell'anno 2010 è espressa nel CE preventivo.

Tali costi sono stati determinati affidando la quasi totalità degli incarichi a personale interno già in servizio, congelando contestualmente il relativo posto

e rendendolo, per tutto il triennio 2011-2013, indisponibile a copertura tramite assunzione a tempo determinato o indeterminato.

Il suddetto accorgimento permette di ottenere importanti economie in quanto il costo per l'attribuzione dell'incarico di direzione della struttura complessa ad un dipendente già in servizio è dato unicamente dalla differenza del trattamento economico attuale del dirigente nominato con quello previsto per il Direttore di Struttura Complessa.

Tale costo, in relazione al riferito congelamento del posto del dipendente interno nominato Direttore di Struttura, si traduce in una economia in quanto l'ASL nel triennio riferito, per due posti in dotazione organica, sostiene i costi solo per uno (quello di struttura complessa).

Oltre alle professionalità sopra indicate è ulteriormente necessario procedere all'assunzione di quelle altre che risultano indispensabili per garantire il mantenimento in esercizio delle strutture e dei reparti evitandone la chiusura. Attualmente sui 187 posti vacanti risulta assolutamente necessario procedere alla immediata copertura di 29 posti.

Si tratta di personale medico ed amministrativo che, su formale comunicazione dei Direttori del Dipartimento Ospedaliero ed Amministrativo, risulta assolutamente necessario reclutare per evitare la paralisi delle attività ospedaliere e di supporto.

Il costo, completo di oneri riflessi, necessario per il reclutamento di tale personale è di euro 2.252.568,65, su base annua: la spesa di pertinenza dell'anno 2010 è espressa nel CE preventivo.

In relazione alla specifica situazione sopra rappresentata rispetto al contesto delle altre Aziende sanitarie della regione, sarebbe opportuno che gli incrementi dei costi sul personale della ASL di Oristano venissero calcolati, relativamente alle disposizioni di cui all'articolo 2, comma 71 della Legge Finanziaria n. 191/2009, non a livello aziendale ma a livello regionale quale costo di personale del SSR.

2) Guardia Medica Turistica. Fino al 2009 il servizio di guardia medica turistica veniva articolata in turni diurni e notturni: quest'anno si è deciso di eliminare i turni notturni lasciandoli all'intervento della ordinaria attività di continuità assistenziale.

4) Attività del Legale interno. Un fattore determinante in ordine a concreti risparmi di spesa è rappresentato dalla presenza dell'Avvocato interno il quale presta la propria attività in favore dell'Azienda Sanitaria Locale garantendo un prezioso contributo nella gestione dei procedimenti relativi al contenzioso legale e nella gestione delle controversie stragiudiziali in sede di conciliazione e degli arbitrati.

L'attività stragiudiziale ha portato ottimi risultati già nei primi mesi del 2010 attraverso diverse transazioni quantificabili nell'ordine di 15 potenziali controversie e decreti ingiuntivi notificati, con un risparmio per l'ente di circa € 276.000,00.

Appare evidente, comunque, che per quanto si facciano continui sforzi, non è possibile prescindere dall'attività giudiziale la quale assume una importanza pregnante. Anche in questo caso, tuttavia, l'utilizzo dell'avvocatura interna all'Azienda ha potuto produrre rilevanti risparmi di spesa.

Si può ragionevolmente stimare che il mancato affidamento di incarichi ad avvocati del libero foro, per questi primi cinque mesi del 2010, ha prodotto un risparmio complessivo di spesa di circa €. 100.000,00 che in proiezione, anche sulla base dei dati riferiti all'anno 2009, può essere stimato in complessivi €. 300.000,00 per tutto il 2010.

Nell'ottica di una complessa attività finalizzata all'abbattimento delle spese relative ai sinistri, l'Ufficio Legale si sta attivando per la realizzazione di una nuova procedura che permetta di gestire detti sinistri minimizzandone l'impatto economico.

Verrà pertanto istituito un Comitato Valutazione Sinistri, da strutturare all'interno dell'Ufficio Legale, il quale si andrà ad occupare della gestione dei sinistri e delle conseguenti richieste di risarcimento danni con l'obiettivo di cercare di ridurre l'impatto economico con conseguenti ripercussioni anche e il premio assicurativo ad esso legato.

- acquisto di beni: questa Azienda già da alcuni anni ha intrapreso diverse azioni di razionalizzazione per l'acquisto di beni ricorrendo, laddove possibile, alle convenzioni Consip e al Mercato Elettronico per l'acquisto di buoni pasto, carburanti, derrate alimentari, pc e prodotti per informatica, cancelleria, materiale di igiene e convivenza, ausili oer incontinenti, ecc.. Più difficili allo stato attuale sembrano i percorsi di aggregazione dei processi di acquisizione, soprattutto in ambito strettamente sanitario, i quali in realtà presuppongono profondi processi culturali di standardizzazione dei prodotti che a loro volta scaturiscono dalla condivisione dei percorsi assistenziali e dei protocolli clinici. Sicuramente in questa Azienda sono centellate le dichiarazioni di scelta che vengono utilizzate solo in presenza dei corretti presupposti di legge. Si dovrà senz'altro procedere al corretto monitoraggio dei consumi al fine di stabilire in quali settori e per quali tipologie di beni si registrano eventuali esuberanti o incongruenze. Ciò sarà naturalmente possibile se la procedura SISAR sarà sufficientemente implementata e messa a regime per consentire l'elaborazione della necessaria reportistica sulla quale basare le conseguenti analisi.

- servizi non sanitari: i documenti regionali stabiliscono che il piano di razionalizzazione dei costi relativi ai servizi non sanitari dovrà prevedere per ogni voce la valutazione della congruità dei contratti in essere rispetto ai costi previsti dalle convenzioni Consip. A tale proposito occorre osservare che tale tipo di valutazione presuppone l'omogeneità dei servizi dedotti nei rispettivi contratti. Se le esigenze dell'azienda si rispecchiano perfettamente con i contenuti delle convenzioni Consip, allora si procede all'adesione diretta alla convenzione; se invece le esigenze sono diverse così come il contenuto dei capitolati e dei successivi contratti, diventa difficile ogni tipo di comparazione. Ciò precisato, è intendimento di questa azienda porre in essere le seguenti azioni:

- Vigilanza dei presidi ospedalieri ed extra-ospedalieri: attualmente l'ingresso di tutti gli stabili è presidiato dalla guardia armata. Considerato che a breve verrà aperto un nuovo padiglione ospedaliero del P.O. San Martino, denominato Corpo M, e di seguito un ulteriore nuovo padiglione ospedaliero dello stesso presidio, denominato Corpo DEA, è ragionevole ipotizzare un significativo aumento dei costi con l'attuale articolazione del servizio. Per tale ragione si provvederà ad impostare la nuova gara trasformando in ore di portierato numerose ore di guardia armata.

- Servizio di pulizia: a breve verrà bandita la nuova gara. Anche in questo caso la previsione dell'apertura dei succitati padiglioni ospedalieri non potrà che determinare un aumento delle superfici con un conseguente aumento dei costi del servizio sul quale è presumibile che andrà ad incidere anche un probabilissimo aumento dei prezzi per mq. La razionalizzazione potrà essere effettuata sui servizi ausiliari collegati al servizio di pulizia. Nel contratto attualmente in essere tali servizi, anche a causa di pesanti e oggettive carenze di organico del personale ausiliario, hanno assunto proporzioni preoccupanti.

Di fatto una loro forte riduzione non potrà che avvenire a fronte di un aumento del personale appartenente al profilo professionale degli operatori socio-sanitari.

- Servizio mensa: è stata bandita la nuova gara. Allo stato attuale è difficile fare previsioni su possibili risparmi di spesa atteso che occorre conoscere il prezzo della retta giornaliera offerto dalla ditta che risulterà aggiudicataria della gara. Si può tuttavia affermare che il processo informatizzato di ordinativo dei pasti da parte dei vari reparti ospedalieri garantisce la tracciabilità delle richieste, la loro immediata comparazione con il numero dei degenti e la conseguente eliminazione automatica di richieste inappropriate. Resta da verificare la eventuale opportunità di estendere il servizio anche all'Ospedale di Bosa che attualmente garantisce la somministrazione dei pasti ai degenti con cucina e risorse interne. Verrà effettuata un'accurata analisi dei costi per verificare la convenienza dell'esternalizzazione del servizio anche per tale ospedale.

- Servizio di lavanderia e sterilizzazione: il significativo aumento dei costi relativo a tale servizio si è registrato nel momento in cui è diventato operativo il nuovo contratto. Le ragioni di tale aumento risiedono sostanzialmente nel fisiologico aumento dei prezzi rispetto alla vecchia gara espletata nel 1998, nella modifica dell'unità di misura determinata a posto letto e non più a kg e nell'espletamento del servizio di sterilizzazione precedentemente non effettuato. A ciò deve naturalmente aggiungersi l'apertura della Dialisi di Ghilarza e dell'Oncoematologia del P.O. San Martino. Le azioni da porre in essere riguardano sostanzialmente il monitoraggio e il controllo dei consumi che dovranno essere mantenuti entro i margini di stretta necessità.