



CORTE DEI CONTI

SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO

PER IL MOLISE

nell'Adunanza pubblica del 18 marzo 2024

composta dai magistrati

Lucilla Valente	Presidente
Domenico Cerqua	Primo Referendario, relatore
Ruben D'Addio	Referendario
Emanuele Petronio	Referendario

ha pronunciato la seguente

DELIBERAZIONE

VISTO l'articolo 100, comma 2, della Costituzione;

VISTO il testo unico delle leggi sulla Corte dei conti, approvato con R.D. 12 luglio 1934, n. 1214, e successive modificazioni;

VISTA la legge 14 gennaio 1994, n. 20, recante disposizioni in materia di giurisdizione e controllo della Corte dei conti;

VISTO il Regolamento per l'organizzazione delle funzioni di controllo della Corte dei conti, approvato dalle Sezioni Riunite con la deliberazione 16 giugno 2000, n. 14, e successive modificazioni;

VISTA la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;

VISTO il D.L. 10 ottobre 2012, n. 174, recante *"Disposizioni urgenti in materia di finanza e funzionamento degli enti territoriali, nonché ulteriori disposizioni in favore delle zone terremotate nel maggio 2012"*, convertito, con modificazioni, dalla L. 7 dicembre 2012, n. 213;

VISTA la legge 14 gennaio 1994, n. 20, e, in particolare, l'art. 3, comma 4, ai sensi del quale la Corte dei conti svolge il controllo successivo sulla gestione, verificando la corrispondenza dei risultati dell'attività amministrativa agli obiettivi stabiliti dalla legge e valutando comparativamente costi, modi e tempi dello svolgimento dell'azione amministrativa;

VISTA la deliberazione n. 9/2023/INPR, con la quale è stato approvato il programma di controllo di questa Sezione regionale per l'anno 2023;

PERVENUTA, in data 31 gennaio 2023, la relazione-questionario del Collegio sindacale dell'Azienda Sanitaria Regione Molise (A.S.Re.M.), sul bilancio d'esercizio 2021, adottato con deliberazione del Direttore generale del 12 agosto 2022, n. 1010;

ACQUISITA dall'Azienda la documentazione necessaria al riscontro della relazione di cui sopra;

VISTA la nota istruttoria del Magistrato competente, prot. n. 0003544 del 5 dicembre 2023, inviata al Direttore generale e al Presidente del Collegio sindacale dell'Azienda sanitaria per il necessario contraddittorio, nella parte in cui si sollecitava l'inoltro di chiarimenti funzionali agli approfondimenti riguardanti i costi sostenuti a livello di singoli presidi ospedalieri per il periodo 2021-2022;

LETTI i documenti inviati dai rappresentanti dell'A.S.Re.M. con nota del 3 gennaio 2024, prot. n. 786 (ns. prot. n. 000015);

VISTO lo schema di Referto *"Analisi dei costi dei presidi ospedalieri della Regione Molise"*, trasmesso in data 8 marzo 2024;

VISTA l'ordinanza n. 8/PRES/2024, dell'8 marzo 2024, con la quale il Presidente della Sezione regionale di controllo per il Molise ha convocato per il giorno 18 marzo 2024 Adunanza pubblica per la discussione del seguente argomento: *"Costi dei presidi ospedalieri della Regione Molise"*;

UDITO il relatore, referendario Domenico Cerqua;

DATO ATTO della presenza in adunanza del Direttore Amministrativo A.S.Re.M., dott.ssa Grazia Matarante, e della Responsabile dell'O.O.C. Bilancio e Contabilità, dott.ssa Anastasia Santoro, e, per la S.C. Programmazione - Controllo di Gestione, il dott. Alessandro Petrella;

UDITI la dott.ssa Grazia Matarante e il dott. Alessandro Petrella per l'Azienda Sanitaria Regione Molise;

DELIBERA

di approvare l'unita relazione con la quale riferisce in ordine alla prima analisi annuale dei costi dei presidi ospedalieri della Regione Molise;

DISPONE

- che, a cura della Segreteria, copia della presente deliberazione, e dell'unita relazione, venga comunicata al Presidente della Giunta della Regione Molise, al Presidente del Consiglio Regionale del Molise, al Direttore generale e al Presidente del Collegio sindacale dell'Azienda Sanitaria Regionale Molise, al Commissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR molisano e, per conoscenza, al Presidente della Corte dei conti;

- che, ai sensi dell'articolo 1, comma 8, del decreto-legge 10 ottobre 2012, n. 174 (convertito, con modificazioni, dalla legge 7 dicembre 2012, n. 213), la presente deliberazione e l'unita relazione siano, altresì, comunicate alla Presidenza del Consiglio dei Ministri e al Ministero dell'Economia e delle Finanze;

Così deciso nella Camera di consiglio seguita all'Adunanza pubblica svoltasi il 18 marzo 2024.

L'estensore

(Domenico Cerqua)



Il Presidente

(Lucilla Valente)



Depositata in segreteria il 12 aprile 2024

Il funzionario preposto

(Silvia Storto)





CORTE DEI CONTI

SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO PER IL MOLISE

ANALISI DEI COSTI DEI PRESIDI OSPEDALIERI DELLA REGIONE MOLISE

RELAZIONE ALLEGATA ALLA DELIBERAZIONE N. 34/2024/PRSS



CORTE DEI CONTI

ANALISI DEI COSTI DEI PRESIDI OSPEDALIERI DELLA REGIONE MOLISE

PRESIDENTE

- Lucilla VALENTE

MAGISTRATO ISTRUTTORE:

- dott. Domenico CERQUA

ANALISI ECONOMICO-FINANZIARIA:

- dott.ssa Elisa CIARLO

INDICE

PREMESSA	4
ANALISI DEI COSTI DEI PRESIDI OSPEDALIERI DELLA REGIONE MOLISE	7
1. INTRODUZIONE	7
2. OBIETTIVI DELLA SEZIONE	8
3. SISTEMI BUDGETARI E DI CONTABILITÀ ANALITICA	10
4. ATTO AZIENDALE	12
5. ARTICOLAZIONE DELL’AZIENDA SANITARIA	14
6. ORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA	16
7. PROCESSO DI BUDGET E DIRETTIVA ANNUALE	18
8. OBIETTIVI ASSEGNATI AL DIRETTORE GENERALE IN MATERIA	20
9. PIANO DEI CENTRI DI COSTO E DI RESPONSABILITÀ E SISTEMA DI REPORTING	21
10. INDICI OSPEDALIERI PERIODO 2021-2022	25
11. SPESE PER SOMMINISTRAZIONI	31
12. SPESE PER IL PERSONALE DIPENDENTE	33
12.1 Dotazione organica e costo	34
12.2 Incarichi libero professionali.....	37
12.3 Prestazioni aggiuntive	40
13. PIANO DEGLI INVESTIMENTI	46
14. CONCLUSIONI	49

INDICE DELLE TABELLE

5.tab. n. 1 – Popolazione totale A.S.Re.M.
9.tab. n. 1 – Primo margine di contribuzione III trimestre 2023
10.tab. n. 1 – Indici ospedalieri 2021
10.tab. n. 2 – Indici ospedalieri 2022
11.tab. n. 1 – Spese per somministrazioni
12.tab. n. 1 – A.S.Re.M. – personale dipendente in servizio al 31/12/2022
12.tab. n. 2 –Costo personale dipendente 2022
12.tab. n. 3 – Incarichi libero professionali 2022
12.tab. n. 4 – Attività aggiuntiva per singoli trimestri 2022
12.tab. n. 5 – Attività aggiuntiva Anno 2022

INDICE DEI GRAFICI

5.grafico n. 1 – Popolazione totale A.S.Re.M.

PREMESSA

Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, ha previsto per le aziende sanitarie locali, nell'ambito del processo di aziendalizzazione del SSN, l'adozione della contabilità economico-patrimoniale, funzionale alla determinazione annua del reddito di esercizio e del relativo capitale di funzionamento. La scelta di optare per questo schema contabile ha comportato, a livello di singola azienda sanitaria, l'abbandono della logica del controllo autorizzatorio preventivo della spesa, propria della contabilità finanziaria (in forza del quale non è consentita l'assunzione di impegni di spesa in assenza di adeguata copertura di bilancio), in favore di un modello mirato al controllo complessivo del risultato di gestione, nonché ispirato alle esigenze – non più di “controllo” della spesa, ma – di “gestione” della spesa.

Requisito fondamentale per il positivo esito del nuovo disegno contabile è, quindi, divenuto l'implementazione degli istituti tipici del controllo di gestione: *budget* e contabilità analitica.

In estrema sintesi, l'attuazione della nuova logica gestionale del controllo sui risultati impone innanzitutto un efficace processo di programmazione. La pianificazione degli obiettivi, nelle aziende sanitarie, con ogni evidenza risente della necessaria coesistenza tra l'area amministrativo-contabile e quella tecnico-sanitaria: in primo luogo, pertanto, è necessario che esse si dotino di strumenti di gestione che consentano di affiancare agli indicatori economico-finanziari anche indicatori tecnici o sanitari (si richiama, tra i più noti strumenti di gestione “integrata”, la “*balanced scorecard*” o “BSC”). D'altro lato, la formulazione di un efficiente sistema di indicatori, funzionali alla misurazione delle *performance* dell'azienda, richiede il concreto utilizzo dello strumento della contabilità analitica, che orienta l'analisi verso la valorizzazione dei costi e ricavi relativi ai singoli centri di responsabilità aziendali.

* * *

I controlli annuali svolti dalla Sezione regionale sull'Azienda sanitaria unica regionale hanno costantemente rivelato, da un lato, criticità nel processo di formulazione dei *budget*, dall'altro la sostanziale pretermissione dell'obbligo di attuare consapevoli processi gestionali, mercé la valutazione dei risultati conseguiti in ciascuno dei centri di costo (o di responsabilità) in cui si articola l'organizzazione aziendale, da cui trarre informazioni per le attività di programmazione e per consentire gli interventi della direzione nell'esercizio in corso.

Pertanto, il Collegio ha programmato una prima analisi (destinata a successivi approfondimenti annuali) dei costi dei diversi plessi ospedalieri regionali, allo scopo di sopperire a un'ormai risalente

carenza di informazioni e, muovendo dalla contabilità analitica dei costi, acquisire elementi di valutazione circa la *performance* dei centri di responsabilità aziendali, ossia delle unità organizzative i cui titolari rispondono dei risultati che sono in grado di influenzare con l'esercizio dei poteri decisionali attribuiti.

Come specificato nelle deliberazioni che approvano il programma dei controlli annuali, “[...] alla Sezione regionale è affidato anche il controllo di regolarità amministrativa – contabile sugli Enti del Servizio sanitario regionale ai sensi dell’art. 1, comma 170, L. n. 266/2005, come integrato dall’art. 1 comma 3 del D.L. n. 174/2012, che va ad affiancarsi ai controlli contabili e gestionali svolti a livello macro, nell’ambito delle verifiche preordinate al giudizio di parificazione; tali riscontri sebbene assumano come paradigma processuale quello previsto dall’art. 1 comma 168 e ss. L. n. 266/2005, rinvenendo nella relazione dell’organo di revisione – Collegio sindacale il loro fondamento, possono esitare in incisive misure interdittive – di blocco della spesa – in caso di mancata copertura [...]” (ex plur., Sezione regionale di controllo per il Molise, deliberazione n. 5/2022/INPR).

Orbene, alla richiamata attività di controllo, che la Sezione svolge annualmente, si è inteso affiancare ulteriori verifiche tese a fornire un quadro completo dei costi di gestione sanitaria in Molise e ad affermare l'importanza degli obiettivi della contabilità analitica per centri di costo: garantire un flusso di dati aggiornati, puntuali e dettagliati, in modo da disporre di una conoscenza della situazione economica dell'azienda per reparti, riscontrare eventuali carenze funzionali e poter assumere decisioni consapevoli e mirate, anche in rapporto al grado di efficienza dei processi nel confronto tra i singoli centri.

Nell'attuale assetto istituzionale, la Corte dei conti si pone come garante imparziale del controllo sull'equilibrio economico-finanziario dell'intero complesso del settore pubblico, a salvaguardia dell'unità economica dello Stato e dei vincoli derivanti dall'appartenenza all'Unione Europea.

La Corte ha, infatti, “il compito di garantire gli interessi della collettività, poiché soltanto un uso corretto delle risorse pubbliche assicura la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi necessari per soddisfare i diritti sociali, primo fra tutti quello alla salute, oggi più che mai di rilievo. La via della legalità finanziaria conduce infatti alla promozione dell'uguaglianza sostanziale e all'effettiva tutela dei diritti fondamentali sanciti dalla Costituzione” ⁽¹⁾.

L'ambito soggettivo e oggettivo del controllo può essere individuato sulla base di vari parametri, quali l'approfondimento delle criticità emerse a seguito di precedenti indagini o l'esigenza di verificare atti e prassi adottati dalle amministrazioni controllate a seguito di rilievi e raccomandazioni contenuti in precedenti referti e/o la loro capacità di autocorrezione.

¹ Corte di conti, inaugurazione dell'anno giudiziario 2021 e cerimonia di insediamento del presidente della Corte dei conti, 19 febbraio 2021, Aula delle sezioni Riunite, relazione del Presidente della Corte, dott. Guido Carlino, pag. 4.

In coerenza con tali principi, come declinati dalla giurisprudenza costituzionale, le attività di controllo della Corte si concentrano, oltre che sul rispetto delle regole finanziario-contabili, sul raffronto fra i piani di spesa e i risultati effettivamente conseguiti, nonché sull'efficienza operativa delle amministrazioni, sulla speditezza dei procedimenti attuativi e, in ultima analisi, sulla congruenza e sull'efficacia dell'azione amministrativa a fronte degli obiettivi prefigurati.

ANALISI DEI COSTI DEI PRESIDI OSPEDALIERI DELLA REGIONE MOLISE

1. INTRODUZIONE

I livelli essenziali e uniformi delle prestazioni assistenziali assicurate dallo Stato sono fissati non solo in relazione ai bisogni di salute, ma anche «dell'economicità nell'impiego delle risorse» (art. 1, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502) e contestualmente alla individuazione delle risorse assegnate al SSN «nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria» (art. 1, comma 3, D.Lgs. 502/92, *cit.*).

Il modello organizzativo introdotto nel 1992 e precisato con il decreto legislativo n. 229/99 vede, come principali erogatori della prestazione sanitaria, le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere, le quali costituiscono gli strumenti attraverso cui le Regioni assicurano i livelli essenziali di assistenza fissati nel Piano Sanitario Nazionale.

Invero, spetta alle Regioni affidare alle Aziende il compito di assicurare in concreto la copertura dei livelli di assistenza predefiniti; le Aziende, a loro volta, realizzano tale compito organizzando autonomamente le risorse nel rispetto dell'obbligo del pareggio di bilancio e degli altri vincoli posti dalla Regione (Piano Attuativo Locale, Direttive, *Budget* annuale).

Nell' "Atto aziendale", che rappresenta il fondamentale strumento di governo delle Aziende Sanitarie, deve essere definito il profilo dell'azienda in funzione dell'insieme delle specifiche attività da svolgere per assicurare la tutela della salute della popolazione.

Nell'ambito della programmazione aziendale gli aspetti strategici dell'organizzazione dovranno dunque mutare in relazione alle specificità del territorio e della struttura produttiva (offerta di prestazioni prevista nei livelli di assistenza).

Il buon funzionamento dei sistemi sanitari, tradotto in termini di efficacia, efficienza e equità e loro tenuta, sempre più spesso si rapporta alla capacità di determinare e identificare le cure necessarie, minimizzando fenomeni di inappropriatazza.

La responsabilità di tutelare il servizio sanitario nazionale pone, infatti, la necessità di focalizzare alcune priorità, tra cui la valutazione dell'efficacia, la riorganizzazione delle modalità e dei *setting* di erogazione delle cure, la realizzazione di meccanismi di integrazione e coordinamento ai vari livelli del sistema, nonché la continua interazione con la collettività e la partecipazione attiva dei pazienti.

Il *piano dei centri di costo* rappresenta un momento rilevante dell'attività contabile; infatti, ogni piano dei centri di costo è caratterizzato da omogeneità con riferimento sia alle operazioni poste in essere sia ai fattori produttivi utilizzati.

Con riferimento ai singoli centri di costo, i costi sostenuti devono essere *significativi*, devono essere individuati i *soggetti responsabili* (di solito il dirigente) e determinate le loro competenze.

Un *centro di responsabilità* può essere composto da più centri di costo, ma un centro di costo non può afferire a due o più centri di responsabilità.

Il sistema di contabilità analitica che aggrega i costi per centri di responsabilità consente una adeguata valutazione dell'efficacia e dell'efficienza con cui la struttura opera.

La concreta definizione di centro di costo deve avvenire in base a un elevato grado di analiticità, al fine di descrivere in modo adeguato i processi, oltre ad ancorarsi all'individuazione di determinanti di costo (*cost driver*) espressivi, in quanto rispondenti a un principio funzionale.

2. OBIETTIVI DELLA SEZIONE

La presente relazione si pone come obiettivo la verifica dell'operatività dei sistemi di *budget* e di contabilità analitica o, in mancanza, degli strumenti alternativi atti a controllare i costi interni all'Azienda Sanitaria e ai vari plessi ospedalieri insistenti sul territorio della Regione Molise.

Inoltre, partendo dall'analisi dell'organizzazione aziendale e della rete ospedaliera, saranno esaminati i principali indicatori ospedalieri e i costi sostenuti dai vari plessi.

L'istruttoria predisposta nell'ambito dell'analisi dei bilanci d'esercizio dell'Azienda Sanitaria nel corso dei pregressi esercizi ha consentito alla Sezione di accertare la **mancata adozione di efficaci procedure di budgeting e il sostanziale mancato utilizzo degli strumenti di contabilità analitica**, con conseguenti carenze nei flussi informativi dell'attività di programmazione e controllo.

Da ultimo, in sede di verifica del bilancio d'esercizio 2020 dell'A.S.Re.M., il Direttore S.C. Controllo di Gestione – S.S. Committenza, nella nota prot. n. 39437/2022, aveva rappresentato la permanenza delle criticità inerenti all'utilizzo del sistema budgetario. In particolare, si affermava che il percorso, formalmente avviato con i responsabili della struttura, era stato successivamente sospeso a causa della pandemia COVID-19.

Quanto alle attività già iniziate al fine di superare le carenze riscontrate, si era provveduto alla redazione di un *budget* di struttura, all'attivazione delle credenziali sul modulo di controllo di gestione dell'applicativo AREAS in uso, al fine di consentire ai responsabili di struttura di poter consultare il *budget* caricato, e all'implementazione delle *routines* informatiche per consentire ai diversi responsabili il controllo delle spese di struttura.

Con Delibera di G.R. n. 69/2018 (*“Documento programmatico per l’attuazione dell’art. 79, comma 1 sexies, lett. c) della legge 6 agosto 2008, n. 133 - Interventi per la disponibilità di dati economici gestionali e produttivi del SSR. Indizione gara d’appalto”*) è stata indetta procedura di gara regionale con l’obiettivo di realizzare la progettazione e l’attuazione di un modello di monitoraggio del sistema sanitario regionale e, contestualmente, di un modello regionale di controllo di gestione.

L’appalto sarebbe stato aggiudicato, con determina dirigenziale della Centrale di Committenza regionale n. 2623, dell’11 giugno 2020, alla società RTI Ernest & Young – GPI Spa e il relativo contratto sarebbe stato sottoscritto in data 24 giugno 2020.

Nella medesima relazione del Direttore S.C. Controllo di Gestione – S.S. Committenza era anticipato, tra l’altro, che nel corso dell’esercizio 2021 erano state avviate una serie di attività connesse all’iniziativa progettuale finanziata con le risorse previste dall’articolo 79 della legge 133/2008.

Più in dettaglio:

- definizione del nuovo Piano dei centri di Costo;
- identificazione del *driver* e dei criteri di ribaltamento dei costi indiretti;
- identificazione e utilizzo dei fattori produttivi;
- identificazione di un modello di *reporting* (SIRMEC);
- regolamento Co.An. e Controllo di Gestione;
- meccanismi per l’elaborazione di un *master budget* aziendale e, a cascata, di *budget* operativi di struttura;
- integrazione del sistema SIRMEC con gli applicativi AREAS.

Per quanto riguarda la contabilità analitica per centri di costo, il sistema sarebbe stato implementato e in corso di perfezionamento ⁽²⁾.

² Si ricordano i procedimenti già avviati:

- con i provvedimenti del Direttore Generale n. 1387 e n. 1449 (rispettivamente, del 14 e 22 dicembre 2017) sono stati approvati il nuovo Piano dei Centri di Costo e il relativo Regolamento, operativo dall’1/01/2018, in coerenza con il nuovo assetto organizzativo aziendale delineato dall’Atto aziendale approvato definitivamente con il D.C.A. n. 39, dell’11/04/2018, a seguito dell’adozione dei provvedimenti del Direttore Generale n. 124 dell’8/02/2017, n. 1388 del 14/12/2018 e n. 301 del 27/03/2018;
- con provvedimento dirigenziale n. 1, del 7/11/2019, è stato aggiornato il piano dei centri di costo a seguito di ulteriori necessità informative e/o modifiche organizzative intervenute successivamente all’adozione del piano dei centri di costo, atteso che lo stesso, costituendo la struttura portante per l’analisi dei costi/ricavi aziendali, deve essere coerente con la effettiva realtà aziendale;
- allo stato, l’attività della contabilità analitica è supportata dal modulo applicativo AREAS del controllo di gestione - contabilità analitica nell’ambito del sistema unico contabile per la gestione delle attività amministrative;
- la contabilità analitica viene alimentata, dal lato dei costi, dai movimenti contabili inerenti i *costi diretti*, derivanti dai moduli di gestione della contabilità generale, magazzino, cespiti e gestione del personale, mentre dal lato dei ricavi, avendo la gestione degli stessi su diversi sistemi esterni, per completare le informazioni, vengono acquisiti e trasferiti sul sistema AREAS, i flussi di attività esterni quali: DRG, prestazioni di chirurgia ambulatoriale complessa, prestazioni specialistiche, ecc.;
- dal modulo in uso della contabilità analitica vengono estratti periodicamente ed inviati ai Direttori di UU.OO. i *report* dei consumi e delle attività realizzate dalle diverse articolazioni aziendali/centri di costo;

Anche il Collegio sindacale ha più volte accertato, nei vari pareri sul bilancio d'esercizio, la non operatività dello strumento budgetario e la conseguente carenza del sistema di contabilità analitica, la quale – ad avviso dell'organo – avrebbe dovuto fornire l'articolazione dei costi aziendali per destinazione, attribuendoli alle singole unità operative e consentendo anche l'individuazione del relativo *budget* a preventivo, onde verificarne il rispetto in fase di consuntivo.

La Sezione, quindi, nelle relazioni sul bilancio d'esercizio ha ribadito l'importanza dell'adozione della contabilità analitica, strumento contabile necessario per ottenere informazioni su costi e ricavi di specifici centri di costo, nonché per analizzare le modalità di utilizzo delle risorse. Ciò, in quanto lo scopo della contabilità analitica è la valutazione dell'efficienza e del grado di raggiungimento degli obiettivi, permettendo alla Direzione aziendale di prendere decisioni in merito a singole prestazioni o intere unità operative.

È noto che la gestione interna delle aziende sanitarie non è libera, ma ancorata a sempre più stringenti vincoli stabiliti a livello di governo. La programmazione interna deve rifarsi alle direttive regionali o statali, ma il raggiungimento degli obiettivi aziendali non può essere possibile senza un adeguato sistema di programmazione aziendale che consenta di comunicare le problematiche presenti all'interno dell'azienda.

Il *budget* guida i centri verso gli obiettivi di breve periodo che confluiscono in obiettivi aziendali di lungo termine.

Pertanto, strettamente connesso all'adozione della contabilità analitica è il potenziamento dei sistemi di controllo interno, attraverso i quali è possibile identificare e valutare i rischi delle procedure che pregiudicano la capacità di rappresentazione veritiera e corretta dell'informazione contabile, prevenire o individuare errori o distorsioni di entità rilevante, formulare azioni correttive e, più in generale, favorire una procedura finalizzata a migliorare l'affidabilità del bilancio.

3. SISTEMI BUDGETARI E DI CONTABILITÀ ANALITICA

La normativa di riordino del SSN, a partire dal D.Lgs n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni, nell'attribuire "*personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica*" alle aziende sanitarie ha introdotto, accanto al passaggio dalla contabilità finanziaria alla contabilità economico-patrimoniale, la "*tenuta di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità*", al fine di consentire "*analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati*" (art. 5, comma 5, lett. d), del D.Lgs n. 502/1992).

- nel corso dell'anno 2019 è stato dato avvio allo strumento del *budget* operativo di contabilità analitica per Centro di Responsabilità, quale utile strumento per monitorare l'andamento della spesa e il corretto utilizzo dei beni e servizi da parte di ciascuna articolazione aziendale e responsabilizzare maggiormente ciascun Referente/Responsabile nell'utilizzo delle risorse.

Il sistema di contabilità analitica fa parte della più ampia categoria di contabilità direzionale e ha, come finalità specifica, la produzione di informazioni sui costi e ricavi dell'azienda con riferimento a specifici oggetti della gestione aziendale ed a determinati periodi temporali, in un'ottica di efficientamento dell'attività aziendale.

Oggetto principale della contabilità analitica sono i costi; in particolare, un sistema di contabilità viene definito analitico quando il costo, ossia il valore delle risorse impiegate, oltre che alla natura, è correlato alla struttura organizzativa ed alla destinazione, ossia allo scopo per cui le risorse sono impiegate.

I costi sono rilevati per natura, secondo le caratteristiche fisico-economiche degli stessi, sulla base del piano di fattori produttivi.

Le informazioni prodotte dalla contabilità analitica possono essere utilizzate dal *management* aziendale sia per verificare l'efficienza delle strutture aziendali (rapporto tra risorse e risultati) che come base per le scelte di programmazione e la definizione di strategie future.

A livello aziendale, la contabilità analitica è funzionale al processo di *budget* ed al sistema di *reporting* intesi quali strumenti gestionali per la programmazione e valutazione dell'andamento dell'azienda. La stessa diventa pertanto un fondamentale strumento di supporto informativo nel processo decisionale e, al contempo, integrazione dello stesso, permettendo di calcolare costi, ricavi e risultati. Le informazioni così ottenute si rivelano indispensabili leve di *governance*, soprattutto in un contesto caratterizzato dalla necessità di razionalizzare le risorse da destinare alla sanità pubblica.

Più in dettaglio, la contabilità analitica è costituita da un complesso di rilevazioni sistematiche, basate sul Piano dei Conti di tipo Gestionale, recante la stessa codifica del Piano dei Conti della Contabilità Generale.

Le rilevazioni avvengono contestualmente a quelle effettuate in Contabilità Generale, essendo queste ultime ad alimentare, in modo automatico, le rilevazioni di Contabilità Analitica, nel rispetto del criterio della competenza e della destinazione dei costi e ricavi.

La progettazione del sistema di contabilità dei costi nell'Azienda prevede lo sviluppo delle seguenti fasi:

- elaborazione del Piano dei Fattori Produttivi;
- elaborazione del Piano dei Centri di Costo;
- definizione delle categorie/tipologie di centri di costo;
- definizione dell'"oggetto" di costo;
- scelta del sistema di Contabilità Analitica per l'attribuzione dei valori di costo ai singoli centri di costo e agli oggetti di costo finali;
- sistema di *reporting*.

Il sistema di *reporting*, mediante la costruzione dei report, rappresenta il momento nel quale si selezionano le informazioni prodotte, si rappresentano e si distribuiscono ai referenti interessati nelle modalità e nelle forme ritenute più idonee agli scopi da raggiungere e alla professionalità dei destinatari.

Il sistema di *reporting* garantisce la produzione di una serie di output di fondamentale importanza per la gestione di qualsiasi organizzazione e rappresenta una delle fasi principali del sistema di contabilità analitica.

Il *reporting* elaborato per rilevare i consumi di risorse ha come base di riferimento principale il sistema di contabilità analitica e consente di:

- monitorare i consumi di fattori produttivi con riferimento ai diversi oggetti di osservazione (centri di costo, centri di responsabilità ecc.);
- verificare il livello di utilizzo dei diversi fattori produttivi confrontando i consumi del periodo oggetto di rilevazione con quelli di periodi diversi per valutarne il *trend*;
- monitorare i consumi di risorse tenuto conto degli obiettivi assegnati in sede di negoziazione del *budget*;
- valutare la coerenza delle risorse consumate in relazione al valore delle prestazioni prodotte;
- effettuare operazioni di *benchmarking* per confrontare i livelli di efficienza delle diverse strutture aziendali.

4. ATTO AZIENDALE

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 301, del 27 marzo 2018, è stato approvato l'Atto Aziendale, modificato in conformità alle indicazioni fornite dalla Struttura Commissariale e dalla Direzione Generale per la Salute della Regione Molise, rispettivamente con nota prot. n. 6399, del 15 gennaio 2018, e con nota prot. n. 19297, del 7 febbraio 2018, in sostituzione del precedente atto approvato con la deliberazione n. 1388 del 14 dicembre 2017 ⁽³⁾.

L'Atto Aziendale è stato poi recepito e approvato con Decreto del Commissario *ad acta* n. 39 dell'11 aprile 2018, con la precisazione che lo stesso sostituiva integralmente quello approvato con DCA n. 7/2017 e n. 16/2017.

³ In effetti, con Decreto del Commissario *ad acta* n. 7 del 20/03/2013 è stata deliberata l'approvazione definitiva della direttiva per la redazione dell'Atto aziendale dell'A.S.Re.M. Con nota prot. n. 102791 del 30/12/2016, in conformità a quanto previsto dal decreto, l'atto è stato trasmesso al Commissario *ad acta* per la verifica della sua conformità alla direttiva. Con provvedimento del Direttore Generale n. 1029 del 23/12/2016, come rettificato con provvedimento n. 1044 del 29/12/2016, si è provveduto all'adozione del nuovo atto aziendale. A seguito del Decreto di approvazione del Commissario *ad acta* n. 7 del 02/02/2017, con deliberazione del Direttore Generale n. 124 dell'8/02/2017 è stato nuovamente approvato l'atto aziendale con l'allegata dotazione organica complessiva, poi confluito nel Decreto del Commissario *ad acta* n. 16 del 28/02/2017. Infine, con deliberazione DG n. 1388 del 14.12.2017 "Atto Aziendale A.S.Re.M. - modifiche ed integrazioni" è stato approvato il nuovo testo in sostituzione dell'atto approvato con deliberazione n. 124 dell'8/02/2017.

Detto atto, successivamente modificato e integrato, tiene attualmente conto anche delle considerazioni della Commissione ispettiva e delle azioni di miglioramento da implementare a livello regionale e a livello aziendale, proposte a seguito della visita ispettiva ordinaria urgente svolta, nei giorni 27 e 28 febbraio 2021, presso gli Ospedali dell'ASREM Cardarelli di Campobasso, San Timoteo di Termoli, Venezia di Isernia e presso la Casa della Salute di Larino, al fine di verificare la gestione dell'assistenza dei pazienti Covid e no Covid nella situazione di emergenza epidemiologica da SarsCov-2" (di cui alla nota del Ministero della Salute prot. n. 0004389-25/02/2021-DGPROGS-MDS-P, trasmessa dal Commissario *ad acta* della Regione Molise con nota prot. n. 34958/2021, del 25 febbraio 2021, e acquisita al prot. ASREM in data 26 febbraio 2021 con il n. 29732).

Nello specifico, tra le azioni di miglioramento raccomandate e recepite, era compresa l'adozione di modelli operativi per la gestione delle attività di Direzione Medica di Presidio orientati al governo della qualità e della sicurezza delle cure", secondo cui, al fine di potenziare la governance di Direzione Medica di Presidio, ciascun plesso ospedaliero regionale doveva essere dotato di una propria Direzione Medica, ponendo la funzione di coordinamento in capo alla Direzione Sanitaria aziendale.

A tal fine, l'Azienda sanitaria ha ritenuto necessario modificare l'assetto organizzativo, prevedendo la presenza di una U.O.C. di Direzione Medica di Presidio per ciascuno dei plessi ospedalieri costituenti la rete regionale, ovvero *hub* "A. Cardarelli" di Campobasso, *spoke* "F. Venezia" di Isernia e *spoke* "San Timoteo" di Termoli, in luogo dell'unica U.O.C. "Direzione Medica del Presidio Ospedaliero regionale del Molise", precedentemente prevista.

Pertanto, con Deliberazione del Direttore Generale n. 217, dell'8 marzo 2021, sono state approvate le seguenti modifiche dell'atto aziendale di cui alla deliberazione n. 301, del 27 marzo 2018:

1. nell'ambito delle strutture organizzative della rete ospedaliera di cui al Piano di Organizzazione Aziendale incluso nell'atto aziendale sono state soppresse le seguenti unità operative:
 - a. SC Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Regionale del Molise;
 - b. SS Direzione Medica del Plesso di Termoli;
 - c. SS Direzione Medica del Plesso di Isernia;
2. nell'ambito delle strutture organizzative della rete ospedaliera di cui al Piano di Organizzazione Aziendale incluso nell'atto aziendale sono state istituite le seguenti unità operative, a riporto diretto della Direzione Sanitaria aziendale:
 - a. SC Direzione Medica del Plesso di Campobasso;
 - b. SC Direzione Medica del Plesso di Termoli;
 - c. SC Direzione Medica del Plesso di Isernia;

3. nell'ambito delle strutture organizzative della rete ospedaliera di cui al Piano di Organizzazione Aziendale incluso nell'atto aziendale è stata confermata l'unità operativa semplice "SS Direzione Medica del Plesso di Agnone", a riporto dell'istituenda "SC Direzione Medica del Plesso di Isernia".

5. ARTICOLAZIONE DELL'AZIENDA SANITARIA

L'Azienda Sanitaria Regionale del Molise – ASREM è stata istituita con la Legge Regionale n. 9 del 1° aprile 2005 e deriva dall'accorpamento delle disciolte 4 ASL di Campobasso, Isernia, Termoli ed Agnone.

Ai sensi dell'art. 3, comma 1 bis, del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.ii., l'Azienda è dotata di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; l'organizzazione e il funzionamento sono disciplinati con l'atto aziendale (atto di diritto privato), nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti con la Legge Regionale n. 9 del 1° aprile 2005, così come modificata dalla Legge Regionale n. 34 del 26 novembre 2008 e ss.mm.ii.

All'art. 4 dell'Atto aziendale è stabilito che A.S.Re.M. ha come scopo principale *"quello di rispondere alla tutela della salute dei cittadini con un'organizzazione efficace ed efficiente, in attuazione delle disposizioni regionali e nazionali, attraverso il sistema e gli strumenti per la prevenzione della malattia ed una adeguata analisi dei bisogni di salute, in acuzie e cronicità, della popolazione affidatale ed appartenente ad un territorio vasto che intende gestire, per quanto di competenza, in un'ottica di miglioramento continuo"*.

La sua missione istituzionale consiste *"nel farsi carico, in modo costante e uniforme, dei bisogni di salute dei residenti e nel garantire ai predetti l'erogazione delle prestazioni inserite nei livelli essenziali di assistenza, assicurando risposte qualificate, appropriate e tempestive, su più livelli di complessità"*.

Quanto alla riorganizzazione sanitaria del territorio, il POS 2015-2018 ha a suo tempo previsto che il distretto deve rappresentare l'articolazione territoriale in cui si realizza l'integrazione complessa delle attività sanitarie e sociali ed il coordinamento e raccordo tra l'Ospedale e il Territorio.

Inoltre, il distretto deve esercitare la funzione di tutela della salute dei cittadini attraverso il ruolo di garante dell'accesso ottimale alle prestazioni, dell'appropriatezza della risposta nell'offerta di servizi, della qualità ed unitarietà dei percorsi assistenziali.

Infine, ha decretato la riduzione del numero dei distretti sanitari tenuto conto che ciascun ambito distrettuale deve adeguarsi alla soglia minima degli 80.000 residenti, ai sensi dell'art. 8 della legge 328/2000 e in coerenza con le indicazioni regionali in materia.

Pertanto, con DCA n. 46 del 28/07/2016, recante *"Riordino e nuova articolazione dei Distretti sanitari dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise - A.S.Re.M. Provvedimenti"* ha statuito di ridurre il numero dei distretti sanitari regionali da 7 a 3, in funzione dei bacini di popolazione individuati e, quindi, in

coerenza con le complessive scelte di programmazione sanitaria regionale di cui al Programma Operativo Straordinario 2015-2018.

I bacini territoriali con “una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti “ sono così individuati:

1. Campobasso/Bojano/Riccia;
2. Termoli/Larino;
3. Isernia/Agnone /Venafro.

Di seguito si riporta la popolazione per distretto sanitario al momento dell’approvazione dell’Atto Aziendale ⁽⁴⁾:

5.tab. n. 1 – Popolazione totale A.S.Re.M.

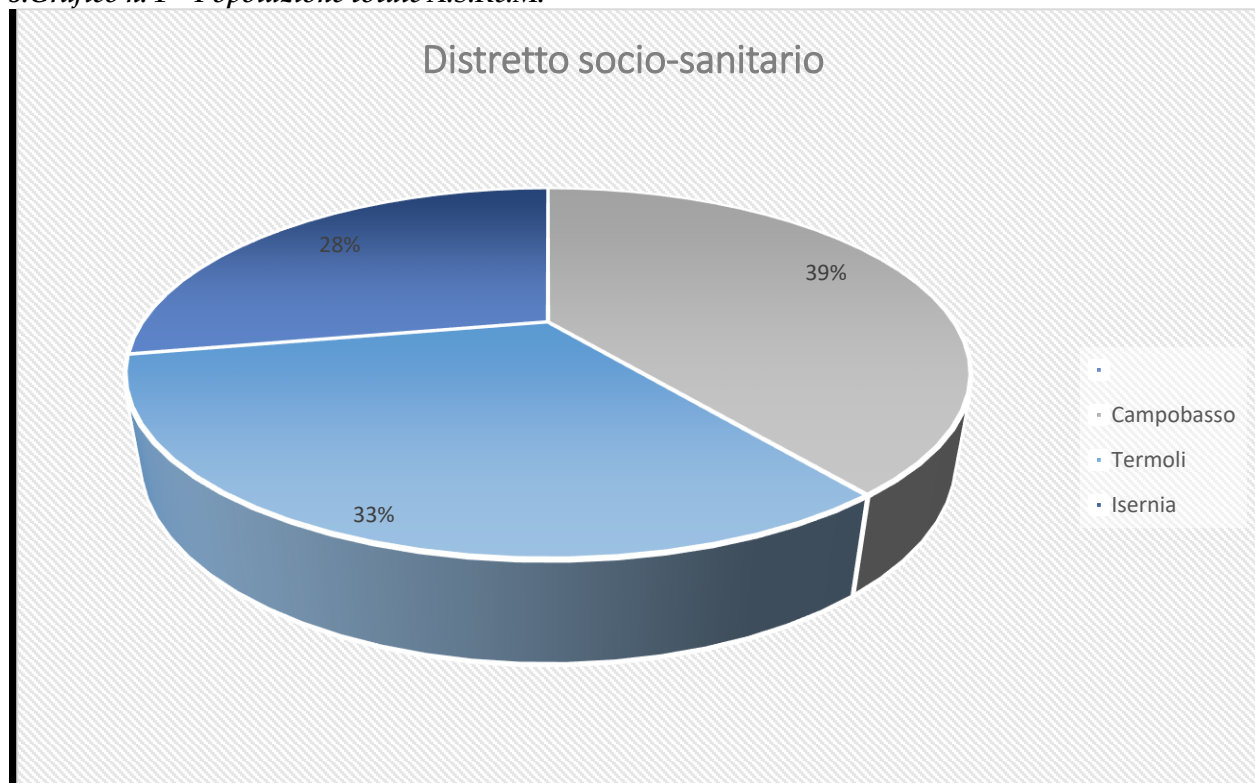
Distretto Socio-Sanitario	Maschi	Femmine	Totale	%
Campobasso	60.543	64.181	124.724	40%
Termoli	49.997	51.799	101.796	32%
Isernia	42.719	44.109	86.828	28%
Totale A.S.RE.M.	153.259	160.089	313.348	100%

fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Atto aziendale

⁴ L’A.S.Re.M ha una popolazione (ISTAT 1/1/2022) di 292.150 abitanti, pari allo 0.5% della popolazione italiana suddivisa, come detto, per l’assistenza sanitaria in 3 Distretti Sanitari, per complessivi 136 comuni.

La distribuzione della popolazione per ambito, sesso e fascia di età mostra una lieve prevalenza del sesso femminile (50,7%), spiegabile dalla mortalità più elevata e più precoce negli uomini. La popolazione molisana è stata interessata, negli ultimi decenni, da un costante e progressivo fenomeno di invecchiamento, che ha portato la regione ai primi posti a livello nazionale nell’ambito di una popolazione italiana globale caratterizzata già di per sé da una percentuale di “over 64” più alta di tutti gli altri paesi dell’Unione Europea. I dati che descrivono la struttura per età della popolazione hanno forti analogie con il dato nazionale, seppure con una tendenza ad un maggiore invecchiamento. La maggiore incidenza percentuale di anziani over 64 aa del Molise, rispetto ai dati nazionali (26 vs 22.8), individua una particolare condizione della popolazione anziana molisana che tende verso una maggiore dipendenza dalla rete familiare allargata e sociale. Analizzando i dati separatamente per i tre ambiti, nel dato puntuale del 2022, i valori più alti si osservano nella zona di Isernia, mentre Termoli e Campobasso presentano valori più contenuti e sovrapponibili (c.fr. A. S. Re. M – PIAO 2023-2025 – pagg. 11-12)

5.Grafico n. 1 – Popolazione totale A.S.Re.M.



fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Atto aziendale

L'Azienda Sanitaria, dunque, è articolata in Distretti Socio-Sanitari, i quali sono macrostrutture dotate di autonomia economico-finanziaria e gestionale, con l'attribuzione di specifico *budget* e con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda.

Il Distretto è organizzato in **centri di costo e di responsabilità**.

I Distretti Sanitari individuati sulla base del citato DCA n. 46/2016, confermato nell'Atto Aziendale (approvato con Delibera del DG n. 301/2018) sono:

1. Distretto Socio-Sanitario n.1 di Campobasso (Territorio di Campobasso, Boiano, Riccia);
2. Distretto Socio-Sanitario n.2 di Termoli (Territorio di Termoli e Larino);
3. Distretto Socio-Sanitario n.3 di Isernia (Territorio di Isernia, Agnone e Venafro).

6. ORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

Il Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 2015 sugli *standard* qualitativi, strutturali e tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera evidenzia come *"I significativi cambiamenti registrati in questi anni in tema di assistenza sanitaria ed in particolare in quella ospedaliera richiedono un sostanziale ammodernamento del Servizio sanitario nazionale (SSN), partendo da alcune tematiche prioritarie, come l'im-*

plementazione del governo clinico e la sicurezza delle cure, la ricerca e l'innovazione, [...] e la necessaria riorganizzazione della rete ospedaliera in base a standard di dotazione strutturale e tecnologica, bacino di utenza, complessità delle prestazioni erogate."

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 ha approvato la nuova definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Il DCA n. 47 del 28 agosto 2017 ha approvato il "Documento di programmazione della rete ospedaliera, e delle reti dell'emergenza e delle reti tempo-dipendenti".

Al fine di promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse risulta necessario assicurare forme alternative al ricovero, in tutti i casi in cui queste ultime rispondano più efficacemente ai bisogni della popolazione.

Il raggiungimento di tali finalità richiede di implementare un sistema basato sull'integrazione tra i servizi ospedalieri, nonché sull'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali. La gestione dei posti letto deve avvenire, pertanto, con la massima flessibilità, al fine di assicurare la maggior dinamicità organizzativa rispetto alla domanda appropriata di ricovero, con specifica rilevanza per le necessità provenienti dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza.

L'ospedale integra la propria funzione con gli altri servizi territoriali attraverso l'adozione ordinaria di linee guida per la gestione integrata dei PDTA – Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali – per le patologie complesse ed a lungo termine (in particolare quelle oncologiche e cardiovascolari) e di Protocolli di Dimissione protetta per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta (in particolare per i pazienti con lesioni traumatiche e neurologiche).

Nella complessiva organizzazione delle reti, secondo quanto previsto dal POS ed in coerenza con le previsioni del DM n. 70/2015, è stato adottato il modello di rete integrata "Hub & Spoke" che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (*Hub*), fortemente integrati con i centri periferici (*Spoke*).

Secondo tale modello viene riconosciuto al plesso ospedaliero di Campobasso, situato in area centrale e nell'ambito territoriale più popolato, il ruolo di Hub per le reti tempo-dipendenti, attribuendo ai due plessi ospedalieri di Termoli ed Isernia il ruolo di *Spoke*.

Il Presidio "Cardarelli" di Campobasso – DEA di I livello 'allargato' a discipline già presenti e ritenute indispensabili in ragione delle caratteristiche peculiari della rete, costituisce HUB per la rete Ospedaliera e dell'Emergenza Urgenza e funzionalmente integrato con la Fondazione Giovanni Paolo II.

I Presidi "Veneziale" di Isernia e "S. Timoteo" di Termoli sono strutturalmente e funzionalmente collegati con il Presidio Ospedaliero Cardarelli di Campobasso.

L'Ospedale "S.F. Caracciolo" di Agnone si configura come Ospedale di area disagiata, con funzioni di assistenza e di cura dei pazienti acuti con la possibilità di ricoverare ed osservare i pazienti che richiedono un periodo di cure più lungo, oltre che stabilizzare e provvedere al trasferimento all'ospedale di livello superiore.

7. PROCESSO DI *BUDGET* E DIRETTIVA ANNUALE

In base all'art. 58 dell'Atto aziendale il sistema di *budget* rappresenta lo strumento direttamente connesso alla funzione manageriale di pianificazione, programmazione e controllo che ciascuna Azienda deve porre in essere.

Il processo di *budgeting* permette di definire obiettivi di carattere operativo per centro di responsabilità che rappresentano tappe intermedie in un arco temporale dato – di solito a cadenza annuale – rispetto ai programmi di azione formulati in sede di piano strategico.

Il processo di *budget* ha, altresì, l'obiettivo di condurre ad unitarietà i molteplici processi operativi ed organizzativi e guidare le Strutture verso il raggiungimento della mission aziendale.

Il processo di *budget* si articola nelle seguenti fasi:

- 1) definizione delle strategie;
- 2) definizione della programmazione;
- 3) definizione delle risorse di *budget*, con attenzione alle aree critiche;
- 4) negoziazione tra Direzione Aziendale e centri di responsabilità;
- 5) assegnazione del *budget*;
- 6) fase gestionale;
- 7) momento valutativo;
- 8) interventi correttivi sulla base degli spostamenti emersi.

Le prime tre fasi sono esplicitate nella Direttiva Annuale del Direttore Generale.

La Direttiva Annuale del Direttore Generale è uno strumento di programmazione, con la quale sono definiti e determinati gli obiettivi generali per l'anno di riferimento, rispetto ai quali tutti gli operatori sono vincolati, in quanto individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi.

Essa fornisce indirizzi ed obiettivi specifici per la predisposizione del Piano annuale delle attività e, conseguentemente, al fine di assicurare il conseguimento dei risultati previsti, costituisce linea guida nell'attuazione dei processi aziendali.

La Direttiva identifica i principali risultati da realizzare e determina, in relazione alle risorse assegnate, gli obiettivi di miglioramento, indicando progetti speciali e scadenze intermedie, nel rispetto della compatibilità finanziaria ed economica aziendale.

Emanata in continuità ed in armonia con il piano triennale della *performance*, la Direttiva elenca obiettivi strategici aziendali presi come riferimento per l'elaborazione, la modifica e l'integrazione del Bilancio Economico di Previsione che, conseguentemente, deve essere coerente con la predetta Direttiva in quanto entrambi i documenti, da punti di vista diversi, delimitano le azioni da svolgere nell'ambito di un quadro di compatibilità economica aziendale.

Infine, la Direttiva deve orientare al fine di raggiungere gli obiettivi di salute definiti dalla Regione e dal P.S.N., migliorare la qualità dei servizi, l'efficienza, ridurre i costi migliorando le sinergie interne ed innovando i processi e le tecnologie adottate, contenere i costi e governare la spesa sanitaria in coerenza con gli obiettivi economici definiti dalla Regione.

Ciò premesso, il Direttore S.C. Controllo di Gestione ⁽⁵⁾ ha rappresentato che da alcuni anni, l'Azienda ha sviluppato internamente procedure utili:

- alla definizione di strategie e programmi;
- all'assegnazione di obiettivi connessi al perseguimento delle citate strategie;
- alla misurazione e valutazione dei risultati e degli scostamenti rilevati.

Tale sistema di misurazione e valutazione delle performance interne è stato perfezionato e viene attualmente impiegato in maniera sistematica attraverso la Struttura Permanente per la Performance, collocata all'interno della UOC Programmazione e Controllo di Gestione.

L'attuale Direzione strategica aziendale, in virtù della volontà di pervenire al potenziamento dei sistemi di controllo di gestione interni, ha avviato attività utili allo sviluppo di sistemi di analisi dei dati e di elaborazione di una reportistica di periodo per struttura, che si prevede di mettere a regime nel corso del 2024, come precedentemente anticipato.

Tale reportistica, di cui una prima versione in corso di implementazione, dovrebbe ospitare informazioni analitiche di costo e ricavo per ciascun centro di responsabilità, permettendo di affiancare agli attuali sistemi di valutazione delle performance interne anche sistemi di definizione, assegnazione e misurazione delle risorse economiche per ciascuna struttura.

Il *format* di tale "scheda di *budget*" sarà analogo a quello della reportistica per centro di costo/responsabilità e sarà elaborato direttamente attraverso i gestionali informatici in uso.

⁵ Nota prot. n.126915 del 21/12/2023.

8. OBIETTIVI ASSEGNATI AL DIRETTORE GENERALE IN MATERIA

Con D. Lgs. 4 agosto 2016, n. 171 *“Attuazione della delega di cui all’articolo 11, comma 1, lettera p) della Legge 7 agosto 2015, n. 124 in materia di dirigenza sanitaria”* come modificato e integrato dal D. Lgs 26 luglio 2017, n. 126, è stata ridefinita la disciplina in materia di nomina e conferimento dell’incarico di Direttore Generale delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale.

All’art. 2, comma 2, è stabilito che: *“All’atto della nomina di ciascun direttore generale, le regioni definiscono e assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi”*.

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 luglio 1995, n. 502, come modificato e integrato dal D.P.C.M. 31 maggio 2001, n. 319, reca norme sul contratto del Direttore Generale delle Unità Sanitarie Locali e ne definisce il trattamento economico. In particolare l’art. 1 stabilisce che il trattamento economico attribuito al Direttore Generale può essere integrato da una quota, fino al venti per cento dello stesso, previa valutazione dei risultati di gestione ottenuti e della realizzazione egli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, assegnati annualmente dalla Regione.

Inoltre, l’art. 1, comma 865, della Legge 30 dicembre 2018, n. 145 (Legge di bilancio 2019) ha disposto che, per gli enti del Servizio sanitario nazionale che non rispettano i tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente, le regioni e le province autonome provvedono ad integrare i contratti dei relativi direttori generali e dei direttori amministrativi inserendo uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell’indennità di risultato.

La quota dell’indennità di risultato condizionata all’obiettivo non può essere inferiore al 30%.

Detta quota:

- a) non è riconosciuta qualora l’ente sanitario registri ritardi superiori a 60 giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale residuo;
- b) è riconosciuta per la metà qualora l’ente sanitario registri ritardi compresi tra trentuno e sessanta giorni;
- c) è riconosciuta per il 75 per cento qualora l’ente sanitario registri ritardi compresi tra undici e trenta giorni;
- d) è riconosciuta per il 90 per cento qualora l’ente sanitario registri ritardi compresi tra uno e dieci giorni”.

Con Decreto del Commissario *ad acta* n. 26 dell'11 giugno 2022 sono stati definiti e assegnati gli obiettivi del Direttore Generale dell'A.S.Re.M. per l'anno 2022 in coerenza con il piano di rientro del disavanzo sanitario ⁽⁶⁾.

Con il provvedimento sono approvati i contenuti dell'Allegato A) che individua gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, i relativi indicatori e le soglie da assegnare al Direttore Generale per l'anno 2022.

Precisamente, nella parte D relativa al "Governo delle risorse" sono fissati i seguenti obiettivi operativi:

1. adozione piano di centro di costo aziendale;
2. contabilità analitica: identificazione ed utilizzo dei fattori produttivi;
3. contabilità analitica: identificazione dei *driver* e dei criteri di ribaltamento dei costi indiretti.

All'art. 3 del decreto è, tra l'altro, previsto, che il Direttore Generale ASREM dovrà procedere alla rendicontazione sintetica sullo stato di avanzamento del raggiungimento degli obiettivi, con cadenza trimestrale.

Alla valutazione degli obiettivi di cui all'Allegato A) procederà il Nucleo di Valutazione per la verifica delle attività del direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Regionale per il Molise, individuato con DGR del 3 luglio 2019, n. 240 e successiva DDGS del 15 luglio 2020, n. 65.

La Sezione ha richiesto, pertanto, di trasmettere detta relazione, ma l'Azienda Sanitaria si è limitata a specificare che la Direzione strategica aziendale ha avviato attività utili allo sviluppo di sistemi di analisi dei dati e di elaborazione di una reportistica di periodo per struttura, che si prevede di mettere a regime nel corso del 2024 (nota prot.n. 126915 del 21 dicembre 2023 a firma del direttore S.C. Controllo di Gestione).

9. PIANO DEI CENTRI DI COSTO E DI RESPONSABILITÀ E SISTEMA DI REPORTING

L'istruttoria della Sezione ha inteso accertare se l'Azienda sia dotata o meno del Piano dei Centri di Responsabilità e Centri di Costo con indicazione delle modalità e degli strumenti di controllo adottati ai fini del controllo della spesa. L'A.S.Re.M. ha fornito riscontro con nota prot. n. 126915, del 21 dicembre 2023, a firma del Direttore S.C. Controllo di Gestione.

⁶ Accordo sul Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico della Regione Molise, stipulato ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e il Presidente della Regione Molise in data 27 marzo 2007, poi recepito con Delibera di Giunta Regionale del 30 marzo 2007, n. 362.

L'Azienda è dotata di un piano:

- dei centri di costo e di responsabilità;
- dei fattori produttivi;
- dei *driver* di ribaltamento per i costi indiretti.

L'ultima versione del piano dei centri di costo, che sostituisce ed integra la precedente, è stata approvata con Deliberazione del Direttore Generale n. 1513 del 20/12/2022 ⁽⁷⁾.

Con il medesimo atto, ai fini della contabilità analitica aziendale, viene confermata la seguente logica di analisi, contenuta nel nuovo piano dei centri di costo:

- Dipartimentale – gerarchica, definita per livelli gerarchici delle strutture interne;
- Strutturale, in relazione alle strutture fisiche presenti;
- Dipartimentale – funzionale, in relazione all'attività dei dipartimenti, considerati funzionalmente e trasversalmente rispetto alle strutture gerarchiche presenti.

L'Azienda è dotata di un sistema di *reporting*, attualmente in sede di ulteriore implementazione.

Il sistema di *reporting* viene realizzato attraverso il modulo di controllo di gestione della procedura informatica "AREAS" in uso presso l'Azienda.

La reportistica realizzata è di tipo "*direct costing*", ovvero prevede l'attribuzione dei costi diretti di struttura.

I *driver* di ribaltamento per i costi indiretti, come anche le relative procedure di attribuzione, sono in corso di sviluppo al fine di consentire la realizzazione di una reportistica di tipo "*full costing*".

Tali attività verranno completate nel corso dell'esercizio 2024.

È in via di perfezionamento un ulteriore cruscotto direzionale interattivo, in corso di realizzazione unitamente all'Ufficio Controllo di Gestione della Direzione regionale per la Salute, denominato "SIRMEC".

L'Azienda Sanitaria ha inviato le schede di *report* per macrostruttura, elaborate con i dati al terzo trimestre dell'anno 2023.

* * *

Prima di analizzare i dati forniti dall'A.S.Re.M. occorre introdurre alcuni concetti di base sul "**margin di contribuzione**" rilevato per i plessi ospedalieri.

Il margine di contribuzione è un indicatore finanziario che permette di valutare la redditività di un'azienda o di un prodotto. Esso rappresenta la differenza tra i ricavi di vendita di un prodotto e

⁷ Il provvedimento DG n. 1387 del 14/12/2017, avente ad oggetto "Piano dei Centri di Costo dell'ASREM: determinazioni" è stato modificato dal successivo provvedimento del DG n. 1449 del 22/12/2017 avente ad oggetto "Piano dei Centri di Costo dell'ASREM: integrazioni".

una parte dei costi aziendali. A seconda di quale parte dei costi viene sottratta ai ricavi, si parla di margine di contribuzione di I, II o III livello.

Il margine di contribuzione di I livello è ottenuto sottraendo dai ricavi di vendita i costi variabili direttamente correlati alla produzione e alla vendita del prodotto. Questi costi includono ad esempio il costo delle materie prime, il costo della manodopera diretta e le spese di trasporto.

Il margine di contribuzione di I livello permette di valutare la redditività di un prodotto considerando solo i costi che variano in base al volume di produzione.

Il margine di contribuzione di II livello tiene conto anche dei costi fissi diretti, ovvero dei costi necessari per la produzione e la vendita del prodotto, ma non variabili in base al volume di produzione. Questi costi comprendono ad esempio l'ammortamento degli impianti, le spese di manutenzione e le spese di vendita. Il margine di contribuzione di II livello permette quindi di valutare la redditività di un prodotto considerando sia i costi variabili che i costi fissi diretti.

Infine, il margine di contribuzione di III livello tiene conto anche dei costi fissi indiretti, ovvero quei costi che sono necessari per il funzionamento generale dell'azienda e che non sono direttamente attribuibili a un singolo prodotto. Questi costi includono ad esempio gli stipendi degli impiegati amministrativi, i costi delle strutture aziendali e le spese generali. Il margine di contribuzione di III livello permette di valutare la redditività di un prodotto considerando sia i costi variabili che i costi fissi diretti e indiretti.

Andando nel merito dell'analisi effettuata per i presidi ospedalieri del Molise, sono stati forniti dal Direttore S.C. Controllo di Gestione dell'A.S.Re.M. (nota prot. n.126915 del 21/12/2023) i report del III trimestre 2023, così riportati nella successiva tabella riepilogativa:

9.tab. n. 1 – Primo margine di contribuzione III Trimestre 2023

(valori in euro)

	3001 Presidio ospedaliero Cardarelli - CB	30002 Stab.to ospedaliero Ve- neziale - IS	3003 Stab.to ospedaliero San Timoteo - Termoli	3004 Stab.to ospedaliero Caracciolo - Agnone
RICAVI FIGURATIVI				
Ricavi Figurativi al netto di trasferimenti Ri- coveri	41.019.449,07	9.340.723,99	10.860.360,01	1.259.813,59
Ricavi Figurativi attività Ambulatoriale	5.491.084,34	2.512.820,59	2.820.120,49	580.936,45
Totale Ricavi Figurativi	46.510.533,41	11.853.544,58	13.680.480,50	1.840.750,04
COSTI DIRETTI				
Costi Consumi Sanitari	16.321.679,39	5.484.594,23	6.636.121,07	196.177,48
Costi Consumi Non Sanitari	42.611,48	46.581,59	51.925,54	7.841,14
Acquisti Servizi Sanitari	6.684.036,64	671.026,14	672.193,87	75.787,10
Acquisti Servizi non Sanitari	7.627.155,11	925.531,00	1.691.527,82	110.733,53
COSTI DEL PERSONALE DIPENDENTE				
Ruolo Sanitario	36.922.359,95	15.311.286,14	17.103.351,57	2.080.860,41
Ruolo Professionale	-	-	-	0,00
Ruolo Amministrativo	111.087,88	128.897,41	87.702,62	70.133,21
Ruolo Tecnico	1.526.127,64	621.051,86	819.625,28	309.392,54
Totale Costi del Personale Dipendente	38.559.575,47	16.061.235,41	18.010.679,47	2.460.386,16
ALTRI ONERI DI GESTIONE				
Altri oneri di gestione	-	-	39.902,35	0,00
TOTALE COSTI DIRETTI	69.235.058,09	23.188.968,37	27.102.350,12	2.850.925,41
PRIMO MARGINE DI CONTRIBUZIONE (Ricavi-Costi diretti)	-22.724.524,68	-11.335.423,79	- 13.421.869,62	-1.010.175,37

fonte: elaborazione Corte dei conti su dati inviati dall'A.S.Re.M.

Come si evince dal prospetto su riportato, per i presidi ospedalieri del Molise sono calcolati i margini di contribuzione di primo livello ovvero la differenza tra ricavi figurativi e costi diretti.

I ricavi figurativi comprendono i ricavi considerati al netto dei trasferimenti ricoveri e quelli relativi all'attività ambulatoriale.

I costi diretti includono, inoltre, oltre ai costi per i consumi sanitari e non sanitari e quelli per acquisti sanitari e non sanitari, anche il costo relativo al personale.

Dalla differenza delle due voci si determina il margine di contribuzione.

Orbene, detto margine risulta **negativo** per tutti i presidi ospedalieri, raggiungendo un valore superiore a 22 mln di euro per il Presidio Ospedaliero Cardarelli di Campobasso e a 13 mln di euro per il San Timoteo di Termoli.

Il risultato dimostra che i ricavi non sono sufficienti a coprire i costi che devono essere sostenuti per la produzione dei servizi del presidio. Di conseguenza, ogni volta che il fatturato aumenta si verifica un incremento delle perdite di esercizio.

Il margine di contribuzione analizzato risulta utile nello studio della redditività del singolo presidio ospedaliero, in quanto consente di fornire dati chiari e concreti sia in caso di analisi consuntiva del risultato d'esercizio sia in sede di pianificazione.

È dunque un valore essenziale nell'ambito del supporto dirigenziale finalizzato al processo decisionale sia di breve che di lungo periodo.

Infatti, dal margine di contribuzione è possibile effettuare diverse considerazioni in merito a:

- convenienza di produzione di un servizio: l'azienda può interrogarsi sull'economicità della produzione del servizio medesimo;
- riduzione degli sprechi: attraverso il calcolo del margine di contribuzione l'azienda ha la possibilità di analizzare se ci siano o meno degli sprechi che si possono ridurre nelle fasi del processo di produzione;
- decisioni di "make or buy": comparando i possibili costi del servizio prodotto internamente all'azienda con quelli eventualmente sostenuti per acquistare lo stesso servizio da un fornitore esterno, l'azienda ha la capacità di valutare l'alternativa più conveniente.

10. INDICI OSPEDALIERI PERIODO 2021-2022

Il numero di posti letto pro-capite, il tasso di ospedalizzazione, il tasso di utilizzo dei posti letto e la degenza media consentono di valutare in modo complessivo il livello di risorse impiegate a livello regionale e nazionale in termini di disponibilità dell'offerta ospedaliera e di possibilità di trattare un paziente in ospedale.

In generale, gli indicatori sanitari servono a misurare l'efficacia (rispetto degli obiettivi prefissati) e l'efficienza (rispetto delle azioni e risorse impiegate) del sistema ospedaliero.

Essi forniscono informazioni che aiutano a misurare cambiamenti in relazione a bisogni prioritari e permettono di monitorare specifici aspetti di politica sanitaria.

La misurazione dei cambiamenti dei fenomeni osservati serve anche ad orientare i processi decisionali.

La **Degenza Media** rappresenta il numero medio di giorni per ricoverato. È dato dal rapporto tra numero delle giornate di degenza e numero dei pazienti ricoverati ($DM=GD/R$).

L'indicatore valuta la funzionalità del sistema ospedaliero legata alla produttività dei servizi, alla casistica trattata e all'efficacia. Un valore basso potrebbe essere indice di un elevato grado di efficienza ma non di efficacia (intesa come qualità dell'assistenza) ⁽⁸⁾.

⁸ A parità di altre condizioni, una degenza più breve riduce il costo per dimissione e sposta l'assistenza da strutture ospedaliere a strutture meno costose. Una degenza più lunga può essere sintomo di uno scarso coordinamento delle cure, con

Il **Tasso di occupazione** indica la quota parte del posto letto mediamente occupato dal ricoverato. Viene calcolato dividendo i giorni di cura in degenza effettivi e i giorni di letto disponibili (posti letto x 365 giorni) $[TO = (GD / (PL * 365)) * 100]$.

L'indicatore può offrire informazioni utili per valutare la capacità degli ospedali di farsi carico delle richieste di salute dei pazienti, valutando l'allocazione delle risorse e la domanda dei pazienti. Un alto tasso di occupazione dei posti letto può essere sintomatico di un sistema sanitario sotto pressione. Sebbene un'elevata occupazione possa indicare un uso efficiente delle risorse, può anche portare a un sovraccarico del personale e a una diminuzione della soddisfazione dei pazienti ⁽⁹⁾.

Il **Tasso di rotazione** misura il numero di pazienti che in un anno occupano un posto letto e si calcola facendo il rapporto tra il numero dei ricoveri e i posti letto ($IR = R / PL$). Tale indicatore ha valenza positiva se aumenta e negativa se diminuisce.

La Sezione ha analizzato, nel presente paragrafo, alcuni indicatori riferiti ai presidi ospedalieri "Cardarelli" di Campobasso, "Veneziale" di Isernia, S. Timoteo" di Termoli e "S.F. Caracciolo" di Agnone.

Nello specifico, si espongono i dati ospedalieri elaborati per gli **anni 2021 e 2022**, suddivisi per le strutture ospedaliere a gestione diretta e per disciplina, contenenti:

- il numero dei posti letto, le giornate di degenza, il numero di ricoveri (regime ordinario;
- il valore della degenza media;
- il tasso di utilizzo dei posti letto;
- il tasso di rotazione.

il risultato che alcuni pazienti attendono inutilmente in ospedale fino a quando non è possibile organizzare la loro riabilitazione o l'assistenza a lungo termine. Allo stesso tempo, alcuni pazienti possono essere dimessi troppo presto, quando una permanenza più lunga in ospedale avrebbe potuto migliorare i loro risultati di salute o ridurre le probabilità di riammissione.

⁹ Il significato di tale indicatore è dato dal grado di avvicinamento al valore massimo del 100%, anche se è ipotizzabile un valore ideale attorno al 75%. Il complemento a cento (in questo caso 25%) è l'indice di recettività residua, costituita dall'offerta di assistenza non fruita dall'utenza.

10.tab. n. 1 – Indici ospedalieri 2021

(valori in euro)

Codice struttura 14000100 - PRESIDIO OSPEDALIERO 'A. CARDARELLI'										
Re-par to	Divi-sione	Codice disci-plina	Descrizione disciplina	Posti letto	Giornate di degenza	Numero ricoveri	De-genza Media	Indice occupazione PL	Indice Rota-zione PL	Regime ri-covero
08	01	0801	Cardiologia	9	3.701	768	4,82	112,66%	85,33	Ordinario
09	01	0901	Chirurgia generale	23	6.428	705	9,12	76,57%	30,65	Ordinario
09	02	0902	Chirurgia generale	2	170	74	2,30	23,29%	37,00	Ordinario
14	01	1401	Chirurgia vascolare	6	2.564	282	9,09	117,08%	47,00	Ordinario
24	01	2401	Malattie infettive e tropicali	10	1.705	104	16,39	46,71%	10,40	Ordinario
24	02	2402	Malattie infettive e tropicali	23	6.159	401	15,36	73,37%	17,43	Ordinario
26	01	2601	Medicina generale	26	6.928	611	11,34	73,00%	23,50	Ordinario
26	02	2602	Medicina generale	12	4.823	265	18,20	110,11%	22,08	Ordinario
29	01	2901	Nefrologia	8	2.541	239	10,63	87,02%	29,88	Ordinario
31	01	3101	Nido	8	1.451	496	2,93	49,69%	62,00	Ordinario
32	01	3201	Neurologia	6	2.464	271	9,09	112,51%	45,17	Ordinario
32	02	3202	Neurologia	6	533	112	4,76	24,34%	18,67	Ordinario
36	01	3601	Ortopedia e traumatologia	30	5.486	699	7,85	50,10%	23,30	Ordinario
37	01	3701	Ostetricia e ginecologia	23	3.877	1003	3,87	46,18%	43,61	Ordinario
38	01	3801	Otorinolaringoiatria	3	598	130	4,60	54,61%	43,33	Ordinario
39	01	3901	Pediatria	6	478	141	3,39	21,83%	23,50	Ordinario
40	01	4001	Psichiatria	5	1.506	91	16,55	82,52%	18,20	Ordinario
43	01	4301	Urologia	16	4.909	434	11,31	84,06%	27,13	Ordinario
49	01	4901	Terapia intensiva	6	683	71	9,62	31,19%	11,83	Ordinario
49	02	4902	Terapia intensiva	4	2.400	130	18,46	164,38%	32,50	Ordinario
50	01	5001	Unità coronarica	6	183	49	3,73	8,36%	8,17	Ordinario
56	01	5601	Recupero e riabilitazione funzionale	7	1.983	78	25,42	77,61%	11,14	Ordinario
62	01	6201	Neonatologia	7	2.638	228	11,57	103,25%	32,57	Ordinario
64	01	6401	Oncologia	0	8	1	8,00			Ordinario
73	01	7301	Terapia intensiva neonatale	5	2	2	1,00	0,11%	0,40	Ordinario

Codice struttura 14000200 - STABILIMENTO OSPEDALIERO S. TIMOTEO										
Re-par to	Divi-sione	Codice disci-plina	Descrizione di-sciplina	Posti letto	Giornate di de-genza	Numero ricoveri	De-genza Media	Indice oc-cupazione PL	Indice Rota-zione PL	Regime ri-covero
08	01	0801	Cardiologia	9	4.064	514	7,91	123,71%	57,11	Ordinario
09	01	0901	Chirurgia generale	18	4.897	593	8,26	74,54%	32,94	Ordinario
26	01	2601	Medicina generale	47	9.508	1040	9,14	104,20%	41,60	Ordinario
31	01	3101	Nido	6	807	282	2,86	36,85%	47,00	Ordinario
36	01	3601	Ortopedia e traumatologia	15	4.134	470	8,80	75,51%	31,33	Ordinario
37	01	3701	Ostetricia e ginecologia	14	1.801	535	3,37	35,24%	38,21	Ordinario
38	01	3801	Otorinolaringoiatria	2	559	128	4,37	76,58%	64,00	Ordinario
39	01	3901	Pediatria	5	398	127	3,13	21,81%	25,40	Ordinario
40	01	4001	Psichiatria	6	2.277	160	14,23			Ordinario
43	01	4301	Urologia	9	1.048	186	5,63	31,90%	20,67	Ordinario
49	01	4901	Terapia intensiva	5	774	52	14,88	42,41%	10,40	Ordinario
50	01	5001	Unità coronarica	4	1.000	177	5,65	68,49%	44,25	Ordinario
51	01	5101	Astanteria	11	1.326	408	3,25	72,66%	81,60	Ordinario
Codice struttura 14000301- STABILIMENTO OSPEDALIERO VENEZIALE										
Re-par to	Divi-sione	Codice disci-plina	Descrizione di-sciplina	Posti letto	Giornate di de-genza	Numero ricoveri	De-genza Media	Indice oc-cupazione PL	Indice Rota-zione PL	Regime ri-covero
08	01	0801	Cardiologia	10	3.102	520	5,97	84,99%	52,00	Ordinario
09	01	0901	Chirurgia generale	25	7.755	773	10,03	84,99%	30,92	Ordinario
26	01	2601	Medicina generale	26	9.769	670	14,58	102,94%	25,77	Ordinario
31	01	3101	Nido	10	1.088	393	2,77	29,81%	39,30	Ordinario
36	01	3601	Ortopedia e traumatologia	15	2.928	467	6,27	53,48%	31,13	Ordinario
37	01	3701	Ostetricia e ginecologia	15	1.771	603	2,94	32,35%	40,20	Ordinario
39	01	3901	Pediatria	5	557	141	3,95	30,52%	28,20	Ordinario
40	01	4001	Psichiatria	7	1.067	96	11,11	41,76%	13,71	Ordinario
49	01	4901	Terapia intensiva	9	2.398,00	163	14,71	73,00%	18,11	Ordinario
50	01	5001	Unità coronarica	5	578	115	5,03	31,67%	23,00	Ordinario
64	01	6401	Oncologia	7	1.759	136	12,93	68,85%	19,43	Ordinario
Codice struttura 14000302- STABILIMENTO OSPEDALIERO CARACCILO										
Re-par to	Divi-sione	Codice disci-plina	Descrizione di-sciplina	Posti letto	Giornate di de-genza	Numero ricoveri	De-genza Media	Indice oc-cupazione PL	Indice Rota-zione PL	Regime ri-covero
26	02	2602	Medicina generale	14	1.775	122	14,55	34,74%	8,71	Ordinario
60	01	6001	Lungodegenti	3	727	23	31,61	66,39%	7,67	Ordinario

fonte: elaborazione Corte dei conti su dati inviati dall'A.S.Re.M.

10.tab. n. 2 – Indici ospedalieri 2022

(valori in euro)

Codice struttura 14000100 - PRESIDIO OSPEDALIERO 'A. CARDARELLI'										
Re-parto	Divisione	Codice disciplina	Descrizione disciplina	Posti letto	Giornate di degenza	Numero ricoveri	Degenza Media	Indice occupazione PL	Indice Rotazione PL	Regime ricovero
08	01	0801	Cardiologia	9	4.344	642	6,77	132,24%	71,33	Ordinario
09	01	0901	Chirurgia generale	23	8.099	905	8,95	96,47%	39,35	Ordinario
09	02	0902	Chirurgia generale	2	257	121	2,12	35,21%	60,50	Ordinario
14	01	1401	Chirurgia vascolare	6	2.355	253	9,31	107,53%	42,17	Ordinario
24	01	2401	Malattie infettive e tropicali	10	546	44	12,41	14,96%	4,40	Ordinario
24	02	2402	Malattie infettive e tropicali	23	4.137	400	10,34	49,28%	17,39	Ordinario
26	01	2601	Medicina generale	26	11.036	1.088	10,14	116,29%	41,85	Ordinario
26	02	2602	Medicina generale	12	1.692	102	16,59	38,63%	8,50	Ordinario
29	01	2901	Nefrologia	8	2.842	264	10,77	97,33%	33,00	Ordinario
31	01	3101	Nido	8	1.533	538	2,85	52,50%	67,25	Ordinario
32	01	3201	Neurologia	6	3.186	312	10,21	145,48%	52,00	Ordinario
32	02	3202	Neurologia	6	577	95	6,07	26,35%	15,83	Ordinario
36	01	3601	Ortopedia e traumatologia	30	7.739	875	8,84	70,68%	29,17	Ordinario
37	01	3701	Ostetricia e ginecologia	23	3.964	1.052	3,77	47,22%	45,74	Ordinario
38	01	3801	Otorinolaringoiatria	3	669	186	3,60	61,10%	62,00	Ordinario
39	01	3901	Pediatria	6	661	222	2,98	30,18%	37,00	Ordinario
40	01	4001	Psichiatria	5	1.889	120	15,74	103,51%	24,00	Ordinario
43	01	4301	Urologia	16	5.655	587	9,63	96,83%	36,69	Ordinario
49	01	4901	Terapia intensiva	6	1.122	86	13,05	51,23%	14,33	Ordinario
49	02	4902	Terapia intensiva	6	689	49	14,06	31,46%	8,17	Ordinario
50	01	5001	Unità coronarica	6	326	77	4,23	14,89%	12,83	Ordinario
51	01	5101	Astanteria	10	36	9	4,00	0,99%	0,90	Ordinario
56	01	5601	Recupero e riabilitazione funzionale	7	2.466	96	25,69	96,52%	13,71	Ordinario
62	01	6201	Neonatologia	7	2.903	239	12,15	113,62%	34,14	Ordinario
73	01	7301	Terapia intensiva neonatale	5	65	5	13,00	3,56%	1,00	Ordinario

Codice struttura 14000200 - STABILIMENTO OSPEDALIERO S. TIMOTEO										
Re-part o	Di-vi-sion e	Codice disci-plina	Descrizione disci-plina	Posti letto	Giornate di de-genza	Numero ricoveri	De-genza Media	Indice occupazione PL	Indice Rota-zione PL	Regime ri-covero
08	01	0801	Cardiologia	9	3.340	449	7,44	101,67%	49,89	Ordinario
09	01	0901	Chirurgia generale	18	4.465	533	8,38	67,96%	29,61	Ordinario
26	01	2601	Medicina generale	25	9.519	987	9,64	104,32%	39,48	Ordinario
31	01	3101	Nido	6	623	228	2,73	28,45%	38,00	Ordinario
36	01	3601	Ortopedia e traumatologia	15	3.723	437	8,52	68,00%	29,13	Ordinario
37	01	3701	Ostetricia e ginecologia	14	1.211	401	3,02	23,70%	28,64	Ordinario
38	01	3801	Otorinolaringoiatria	2	500	129	3,88	68,49%	64,50	Ordinario
39	01	3901	Pediatria	5	325	113	2,88	17,81%	22,60	Ordinario
40	01	4001	Psichiatria	6	2.344	180	13,02	107,03%	30,00	Ordinario
43	01	4301	Urologia	9	800	172	4,65	24,35%	19,11	Ordinario
49	01	4901	Terapia intensiva	5	631	46	13,72	34,58%	9,20	Ordinario
50	01	5001	Unità coronarica	4	1.098	227	4,84	75,21%	56,75	Ordinario
51	01	5101	Astanteria	5	1.203	395	3,05	65,92%	79,00	Ordinario
Codice struttura 14000301- STABILIMENTO OSPEDALIERO VENEZIALE										
Re-part o	Di-vi-sion e	Codice disci-plina	Descrizione disci-plina	Posti letto	Giornate di de-genza	Numero ricoveri	De-genza Media	Indice occupazione PL	Indice Rota-zione PL	Regime ri-covero
08	01	0801	Cardiologia	10	3.264	542	6,02	89,42%	54,20	Ordinario
09	01	0901	Chirurgia generale	25	7.388	770	9,59	80,96%	30,80	Ordinario
26	01	2601	Medicina generale	26	8.295	703	11,80	87,41%	27,04	Ordinario
31	01	3101	Nido	10	1.121	381	2,94	30,71%	38,10	Ordinario
36	01	3601	Ortopedia e traumatologia	15	2.506	425	5,90	45,77%	28,33	Ordinario
37	01	3701	Ostetricia e ginecologia	15	1.603	602	2,66	29,28%	40,13	Ordinario
39	01	3901	Pediatria	5	591	157	3,76	32,38%	31,40	Ordinario
40	01	4001	Psichiatria	5	1.043	91	11,46	57,15%	18,20	Ordinario
49	01	4901	Terapia intensiva	9	1.945	129	15,08	59,21%	14,33	Ordinario
50	01	5001	Unità coronarica	5	955	131	7,29	52,33%	26,20	Ordinario
64	01	6401	Oncologia	7	1.337	169	7,91	52,33%	24,14	Ordinario
Codice struttura 14000302- STABILIMENTO OSPEDALIERO CARACCILO										
Re-part o	Di-vi-sion e	Codice disci-plina	Descrizione disci-plina	Posti letto	Giornate di de-genza	Numero ricoveri	De-genza Media	Indice occupazione PL	Indice Rota-zione PL	Regime ri-covero
26	02	2602	Medicina generale	14	2.780	254	10,94	54,40%	18,14	Ordinario
60	01	6001	Lungodegenti	3	437	21	20,81	39,91%	7,00	Ordinario

fonte: elaborazione Corte dei conti su dati inviati dall'A.S.Re.M.

Assumendo come riferimento l'anno 2022 si evidenziano per P.O. Cardarelli elevati tassi di degenza media per il recupero e riabilitazione funzionale (25,69 gg), per la medicina generale (16,59 gg) e per la psichiatria (15,74 gg).

Per il P.O. S. Timoteo la degenza media più alta si riscontra per le discipline riguardanti la terapia intensiva e la psichiatria (rispettivamente 13,72 gg e 13,02 gg), analogamente ai dati riferiti all'ospedale Veneziense i cui valori più elevati afferiscono sempre alla terapia intensiva e psichiatria (15,08 gg. e 11,46 gg.), oltre che alla medicina generale (11,80 gg).

Infine, per lo stabilimento ospedaliero Caracciolo entrambe le discipline (medicina generale e lungodegenti) mostrano alti indici di giacenza media (10,94 e 20,81 gg.)

Per l'Ospedale Cardarelli e il San Timoteo si rilevano indici di occupazione che superano il 100%.

Difatti nella prima struttura si registrano tassi elevati per le discipline di cardiologia (132,24%), neurologia (145,48%), medicina generale (116,29%) e neonatologia (113,62%).

Per il secondo stabilimento si evidenziano elevati indicatori in psichiatria (107,03%), medicina generale (104,32%) e cardiologia (101,67%).

Infine, analizzando il tasso di rotazione nel biennio 2021 e 2022 che, come accennato, assume valore positivo se in aumento nel periodo considerato, si rileva che, per il Cardarelli di Campobasso, l'indice passa da 37 a 60,50 per la chirurgia generale e da 23,50 a 41,85 per medicina generale e da 43,33 a 62 per otorinolaringoiatria.

Analizzando l'ospedale San Timoteo di Termoli, l'indice risulta diminuito per tutte le discipline ad eccezione dell'unità coronarica, il cui valore passa da 44,25 a 56,75. Al contrario, per ostetricia e ginecologia il valore si riduce di 10 punti percentuali, passando da 38,21 a 28,64.

11. SPESE PER SOMMINISTRAZIONI

Di seguito si riporta il dettaglio delle spese per somministrazioni (energia elettrica, gas, telefonia, ecc.) e servizi di mensa, di manutenzione e vigilanza, con riferimento ai singoli plessi della Regione Molise.

Al riguardo, il Direttore S.C. Controllo di Gestione (citata nota prot. n. 126915, del 21 dicembre 2023) ha precisato che le stesse sono classificate per centro di costo, laddove possibile.

In tal senso, specifica che le spese sono attualmente attribuite in larga parte a centri di costo di tipo "comune", in quanto in attesa di affinare i sistemi di contabilità analitica collegati alle rilevazioni di contabilità generale, nonché di perfezionare le procedure di ribaltamento dei costi indiretti, di cui si è precedentemente detto.

Il successivo prospetto mostra la composizione dei costi dei servizi, la ripartizione degli stessi tra costi comuni, costi dei distretti sanitari e costi dei presidi ospedalieri e, infine la variazione intervenuta nel biennio 2021 – 2022.

11.tab. n. 1 – Spese per somministrazioni

(valori in euro)

Centro di Rilevazione	Anno 2021	Anno 2022	Variazione % 2022/2021
LAVANDERIA			
Costi comuni	840.442,08	497.933,29	-41%
Distretti Sanitari	171.960,34	151.184,28	-12%
Osp. Caracciolo	21.582,19	26.872,67	25%
Osp. Cardarelli	614.519,75	716.500,51	17%
Osp. S. Timoteo	501.400,86	496.154,59	-1%
Osp. Veneziale	387.804,52	524.259,72	35%
Totale complessivo	2.537.709,74	2.412.905,06	-5%
MENSA			
Costi comuni	785.183,03	675.108,86	-14%
Territorio (Casa della Salute, RSA, Riabilitazione ex art.26)	436.463,13	435.000,71	0%
Osp. Caracciolo	12.444,33	18.584,40	49%
Osp. Cardarelli	1.542.696,38	1.581.910,68	3%
Osp. S. Timoteo	553.253,61	546.569,29	-1%
Osp. Veneziale	368.767,04	497.577,49	35%
Totale complessivo	3.698.807,52	3.754.751,43	2%
PULIZIA			
Costi comuni	795.147,22	10.622.180,44	1236%
Distretti Sanitari	1.721.786,01	101.608,45	-94%
Osp. Caracciolo	199.240,65	177.424,29	-11%
Osp. Cardarelli	1.411.333,00	153.011,03	-89%
Osp. S. Timoteo	969.427,03	51.172,20	-95%
Osp. Veneziale	661.556,31	32.501,76	-95%
Totale complessivo	5.758.490,22	11.137.898,17	93%
UTENZE ELETTRICITÀ			
Costi comuni	7.717.902,48	10.813.361,47	40%
Totale complessivo	7.717.902,48	10.813.361,47	40%
UTENZE TELEFONICHE			
Costi comuni	1.092.269,83	1.187.806,53	9%
Totale complessivo	1.092.269,83	1.187.806,53	9%
MANUTENZIONI			
Costi comuni	12.591.967,03	10.910.155,65	-13%
Dipartimento Salute Mentale	47.357,09	3.904,00	-92%
Distretti	131.108,17	302.700,91	131%
Osp. Caracciolo	145.400,41	37.545,74	-74%
Osp. Cardarelli	540.652,44	1.321.064,71	144%
Osp. S. Timoteo	135.143,70	27.716,24	-79%
Osp. Veneziale	111.058,18	197.549,37	78%
Totale complessivo	13.702.687,02	12.800.636,62	-7%

COMBUSTIBILI CARBURANTI LUBRIFICANTI			
Costi comuni	4.552.990,36	10.699.480,48	135%
Totale complessivo	4.552.990,36	10.699.480,48	135%
SERVIZIO RECEPTION			
Costi comuni	717.189,93	488.413,26	-32%
Area Territoriale	264.990,21	246.260,06	-7%
Osp. Cardarelli	250.221,80	392.671,14	57%
Osp. S. Timoteo	288.342,21	250.590,66	-13%
Osp. Veneziale	91.463,13	243.173,79	166%
Totale complessivo	1.612.207,28	1.621.108,91	1%

fonte: elaborazione Corte dei conti su dati inviati dall'A.S.Re.M.

Ad eccezione del servizio di lavanderia e delle manutenzioni, il cui costo nel 2022, se confrontato a quello del 2021, risulta in diminuzione rispettivamente del 5% e del 7%, i costi relativi alla mensa, alla pulizia, alle utenze di elettricità e telefoniche e ai carburanti risultano in crescita.

L'analisi dettagliata delle singole voci consente di rilevare che il costo relativo alla *lavanderia*, il cui totale complessivo risulta ridotto del 5%, mostra un aumento di euro 101.980,76 per l'Ospedale Cardarelli e di euro 136.455,20 per l'Ospedale Veneziale.

Il costo complessivo della *mensa* risulta in crescita del 2%, pur rilevando una riduzione del 14% dei costi comuni. A incidere sul valore è soprattutto l'aumento dei costi dell'Ospedale Veneziale, per euro 128.810,45 (+35%).

La spesa per la *pulizia* risulta in aumento di euro 5.379.407,95 (+93%); pur essendo ridotto del 94% il costo per i distretti sanitari (-1.620.177,56 euro) e quello per l'Ospedale Cardarelli (- 1.258.321,97 euro), i costi comuni registrano una crescita esponenziale di euro 9.827.033,22.

I costi comuni afferenti alle utenze elettriche e telefoniche registrano una crescita del 40% e 9%.

Un notevole incremento riguarda altresì i carburanti che crescono di euro 6.146.490,12.

Infine, resta invariato il costo per il servizio di *reception*.

L'entità dei valori, le notevoli differenze tra i plessi e le variazioni subite, in taluni casi, sollecitano *specifici approfondimenti*, che saranno svolti nel corso degli ulteriori monitoraggi.

12. SPESE PER IL PERSONALE DIPENDENTE

Il costo del personale rimane la variabile fondamentale dei costi del SSN.

Comprende tutte le voci di costo relative a personale appartenente al ruolo sanitario, professionale, tecnico e amministrativo ⁽¹⁰⁾.

¹⁰ Nel ruolo sanitario sono ricompresi i medici, i veterinari e gli odontoiatri. Tra gli altri laureati vi sono i chimici, i biologi, i fisici, gli psicologi ed i farmacisti. Il personale sanitario del comparto comprende tutti i livelli degli infermieri e dei tecnici di laboratorio, radiologia, terapisti e logopedisti. Il personale del ruolo professionale, alquanto raro negli ospedali a gestione diretta, comprende gli ingegneri, gli architetti, gli avvocati e, fra i non laureati, gli assistenti religiosi. Il ruolo tecnico,

La voce include sia il costo del personale dirigente che quello del personale del comparto.

L'attività della Sezione si è concentrata sulla verifica di:

- dotazione organica del personale, articolato per profilo professionale (ruolo sanitario, ruolo professionale, ruolo tecnico, ruolo amministrativo) e per presidio;
- costo del personale dipendente suddiviso per ruolo;
- ricorso alle prestazioni di "gettonisti", suddiviso in relazione ai plessi sopra indicati;
- numero delle consulenze e collaborazioni e il relativo costo;
- con specifico riferimento a queste ultime, costo delle prestazioni aggiuntive per ciascun plesso – compreso quello connesso all'eventuale ricorso alle prestazioni sanitarie di "gettonisti" – procedure adottate ai fini del controllo del costo medesimo, essendo intervenuto un aumento della spesa negli esercizi esaminati.

12.1 Dotazione organica e costo

Con nota prot. n. 128206, del 28 dicembre 2023, dal direttore S.C. Gestione RR.UU. è stata trasmessa la dotazione organica del personale in servizio al 31 dicembre 2022, come di seguito esposta:

che vede al suo interno professionalità molto eterogenee, comprende, infatti, dirigenti informatici, statistici e sociologi e, tra i non laureati, tutto il personale ausiliario che svolge attività presso i reparti e gli ambulatori e laboratori. Il ruolo amministrativo è molto omogeneo e comprende dirigenti, funzionari e non laureati che svolgono mansioni amministrative e contabili, in particolare presso l'amministrazione dell'ospedale.

12.tab. n. 1 - A.S.Re.M. - personale dipendente in servizio al 31/12/2022

PLESSI OSPEDALIERI - AG - IS - CB- TE						
DESC_TIPO_SEDE	Ruolo Sanitario		Ruolo Tecnico	Ruolo Amm.vo	Totale	Inc. %
Ambito Agnone - Presidio Ospedaliero	53		20	1	74	4%
O.C. Veneziale - Isernia	367		94	5	466	23%
P.O. Cardarelli - Campobasso	833		167	6	1.006	49%
Presidio Ospedaliero Termoli	396		100	3	499	24%
Totale					2.045	64%
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE - CB - IS - AG - TE						
DESC_TIPO_SEDE	Ruolo Sanitario		Ruolo Tecnico	Ruolo Amm.vo	Totale	Inc. %
Dipartimento di Salute Mentale - Termoli	120		19	1	140	100%
Totale					140	4%
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - CB - IS - AG - TE - LA						
DESC_TIPO_SEDE	Ruolo Sanitario		Ruolo Tecnico	Ruolo Amm.vo	Totale	Inc. %
Dipartimento di Prevenzione	134		19	15	168	100%
Totale					168	5%
CASA DELLA SALUTE LARINO e VENAFRO						
DESC_TIPO_SEDE	Ruolo Sani- tario		Ruolo Tec- nico	Ruolo Amm.vo	Totale	Inc. %
Casa della Salute Venafro	51		19	0	70	86%
Casa della Salute Larino	11		0	0	11	14%
Totale					81	3%
DISTRETTI CB/IS/TE - AREA CENTRALE						
DESC_TIPO_SEDE	Ruolo Sanita- rio	Ruolo Tec- nico	Ruolo Amm.vo	Ruolo Prof.le	Totale	Inc. %
Ambito Agnone - Distretto	0	0	2	0	2	0%
Distretto Campobasso	48	6	1	0	55	9%
Distretto di Isernia	45	13	13	0	71	11%
Distretto Larino	103	49	4	0	156	25%
Distretto Termoli	61	10	13	0	84	13%
Area Centrale - Campobasso	104	72	78	1	255	41%
Totale					623	20%
SC EMERGENZA TERRITORIALE 118						
DESC_TIPO_SEDE			Ruolo Sanitario	Ruolo Tecnico	Totale	Inc. %
CAMPOBASSO - 118			56	2	58	50%
ISERNIA - 118			27	0	27	23%
TERMOLI - SET 118			30	0	30	26%
Totale					115	4%
PERSONALE IN ASPETTATIVA						Inc. %
DESC_TIPO_SEDE				Ruolo Amm.vo	Totale	Inc. %
Totale				2	2	100%
Totale						0%
TOTALE COMPLESSIVO					3.174	

fonte: elaborazione Corte dei conti su dati inviati dall'A.S.Re.M.

L'ammontare complessivo del personale in dotazione organica al 31 dicembre 2022 è pari a **n. 3.174 unità**, di cui n. 2 dipendenti del ruolo amministrativo in aspettativa.

Il personale dipendente è concentrato nei plessi ospedalieri di Campobasso, Isernia, Agnone e Termoli (n. 2.045), in misura pari al 64% del totale complessivo del personale in servizio.

Il numero più elevato di dipendenti è in servizio al P.O. Cardarelli di Campobasso (49%, pari a n. 1.006 unità). Segue il personale dei distretti CB/IS/TE - area centrale (n. 623), concentrati sempre a Campobasso (n. 255 unità).

Quanto agli **oneri del personale**, i dati inviati dall'Azienda e l'esame del CE del bilancio d'esercizio 2022, consentono l'elaborazione del successivo prospetto, in cui il costo è determinato in base alla suddivisione per oneri di comparto e dirigenziale nei vari profili professionali.

I dati trasmessi **non hanno consentito l'analisi per costo suddiviso per plesso ospedaliero**.

12.tab. n. 2 – Costo personale dipendente 2022

(valori in euro)

RUOLO	AREA	DESCRIZIONE	TOTALE	Inc.% sul Tot.
Amministrativo	Comparto	B.8.B.1) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo indeterminato	5.383.988,09	3%
	Dirigenza	B.8.A.1) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo indeterminato	1.638.650,14	1%
Totale ruolo amministrativo			7.022.638,23	4%
Professionale	Dirigenza	B.6.A.1) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo indeterminato	85.516,97	0%
Totale ruolo professionale			85.516,97	0%
Sanitario	Comparto	B.5.B.2) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo determinato	9.977.532,33	6%
		B.5.B.1) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo indeterminato	72.774.481,81	42%
	Dirigenza medico/veterinaria	B.5.A.1.2) Costo del personale dirigente medico - tempo determinato	4.808.625,72	3%
		B.5.A.1.1) Costo del personale dirigente medico - tempo indeterminato	55.801.300,80	32%
	Dirigenza sanitaria non medica	B.5.A.2.2) Costo del personale dirigente non medico - tempo determinato	518.542,55	0%
		B.5.A.2.1) Costo del personale dirigente non medico - tempo indeterminato	4.605.023,31	3%
Totale ruolo sanitario			148.485.506,52	86%
Tecnico	Comparto	B.7.B.2) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo determinato	5.309.818,09	3%
		B.7.B.1) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo indeterminato	11.561.497,59	7%
	Dirigenza	B.7.A.2) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo determinato	47.205,34	0%
		B.7.A.1) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo indeterminato	110.501,36	0%
Totale ruolo tecnico			17.029.022,38	10%
Totale complessivo			172.622.684,10	

fonte: elaborazione Corte dei conti su dati inviati dall'A.S.Re.M. e bilancio d'esercizio 2022

La tabella riportata permette di valutare la composizione del costo del personale tra i ruoli che lo

compongono. Si evince subito che l'86% del peso percentuale è del ruolo sanitario. Il ruolo tecnico ha un'incidenza complessiva sul costo del 10%, il ruolo amministrativo del 4%, il peso del ruolo professionale è praticamente nullo.

Il costo complessivo al 31 dicembre 2022 è pari a euro 172.622.684,10, di cui euro 148.485.506,52 afferente al ruolo sanitario.

Complessivamente, la spesa risulta in aumento rispetto a quella registrata nel 2021 (euro 168.947.959,93) e nel 2020 (euro 168.339.009,99).

12.2 Incarichi libero professionali

Sono pervenuti dati in ordine agli incarichi libero professionali per le varie discipline affidati nei plessi ospedalieri nell'esercizio 2022.

Nessun dato è stato fornito in ordine all'importo corrisposto dall'Azienda per i singoli incarichi.

12.tab. n. 3 - Incarichi libero professionali 2022

Incarichi Libero Professionali P.O. "A. Cardarelli" di Campobasso				
Disciplina	Provvedimento indizione	Provvedimento conclusivo	Oggetto	Durata
Pediatria	D.D.G. n. 284 del 13.03.2022	D.D.G. n. 458 del 13.04.2022 Presa d'atto del verbale di commissione e conferimento di n. 1 incarico	Avviso pubblico per il conferimento di n. 12 incarichi Libero professionali specialisti in pediatria	dal 08.04.2022 al 07.07.2022
Pediatria	D.D.G. n. 763 del 21.06.2022	D.D.G. n. 908 del 14.07.2022 Presa d'atto del verbale di commissione e conferimento n. 1 incarico	Avviso pubblico, per soli titoli, per il conferimento di n. 12 incarichi libero professionali a specialisti della disciplina di pediatria	dal 22.08.2022 al 21.11.2022
Pediatria	D.D.G. n. 1258 del 23.10.2022	D.D.G. n. 1383 del 18.11.2022 Presa d'atto del verbale di commissione e conferimento n. 1 incarico	Avviso pubblico, per soli titoli, per il conferimento di n. 15 incarichi libero professionali a medici specialisti in pediatria	dal 22.11.2022 al 21.02.2023
Incarichi Libero Professionali P.O. "E. Veneziale" di Isernia				
Disciplina	Provvedimento indizione	Provvedimento conclusivo	Oggetto	Durata
Ginecologia	D.D.G. n. 703 del 03.06.2022	D.D.G. n. 817 del 27.06.2022 Presa d'atto del verbale di commissione e conferimento n. 1 incarico	Avviso pubblico, per soli titoli, per il conferimento di n. 8 incarichi libero professionali a specialisti della disciplina di ginecologia e ostetricia	dal 21.07.2022 al 21.10.2022
Altri Incarichi Libero Professionali sede Isernia				
Disciplina	Provvedimento indizione	Provvedimento conclusivo	Oggetto	Durata
Contabilità e Bilancio	D.D.G. n. 291 del 14.03.2022	D.D.G. n. 1025 del 12.08.2022	Avviso pubblico per il conferimento di incarico libero professionale - Dottore Commercialista - Attività di consulenza in materia tributaria e societaria	dal 01.09.2022 al 31.08.2025

fonte: elaborazione Corte dei conti su dati inviati dall'A.S.Re.M. e bilancio d'esercizio 2022

Con nota prot.n. 127563, del 27 dicembre 2023, a firma del Direttore ad interim S.C. Affari Generali, sono stati inviati i costi relativi alle convenzioni per prestazioni sanitarie e non sanitarie - anno 2022:

1. A.O.R.N. "S.G. MOSCATI" di Avellino - Deliberazione del Direttore Generale ASREM n. 1336 del 11/11/2021-Convenzione annuale per l'acquisto di prestazioni specialistiche di Neurochirurgia (decorrenza dal 16 novembre 2021 al 15 novembre 2022) - stipula - (**costo orario lordo € 60,00 oltre rimborso spese viaggio e IRAP**);

2. A.O.R.N. "S.G. MOSCATI" di Avellino - Deliberazione del Direttore Generale ASREM n. 1327 del 15/11/2022 - Convenzione per l'acquisto di prestazioni specialistiche di Neurochirurgia - stipula - (decorrenza dal 16/11/2022 al 15/11/2023) (**costo orario lordo € 60,00, oltre rimborso spese viaggio e IRAP**):

da gennaio 2022 a marzo 2022 (16 accessi di 12h cad.)	€ 12.831,12
da aprile 2022 a settembre 2022	€ 41.854,90
da ottobre 2022 a dicembre 2022	<u>€ 20.461,52</u>
totale	€ 75.147,54

3. Azienda Sanitaria Locale - Regione Abruzzo - n. 2 Lanciano-Vasto-Chieti sede di Chieti - Deliberazione del Direttore Generale A.S.Re.M. n. 1039 del 25 agosto 2022 - Convenzione per prestazioni specialistiche nella disciplina di Pediatria presso il Plesso ospedaliero di Termoli, con decorrenza annuale dalla data di sottoscrizione, Deliberazione del Direttore Generale A.S.Re.M. n. 1251, del 21 ottobre 2022 di approvazione nuovo schema con definizione, durata dal 16 settembre 2022 al 15 settembre 2023 (costo orario lordo € 60,00, oltre rimborso spese viaggio e IRAP):

ottobre 2022	€ 3.487,12
novembre 2022	€ 7.104,44
dicembre 2022	<u>€ 7.364,84</u>
totale	€ 17.956,40

4. Deliberazione del Direttore Generale A.S.Re.M n. 691, del 21 giugno 2021 "Affidamento incarico di Responsabile del trattamento dei dati - DPO (Data Protection Officer) dell'A.S.Re.M. - scadenza triennale al 17/06/2024 (**totale spesa anno 2022 € 39.623,64 iva compresa**);

5. Gea - Cooperativa Ricerca & Progetto - Provvedimenti del Direttore Generale n. 441 del 26/06/2015 "Procedura negoziata per l'affidamento del servizio di "Assistenza, valutazione neuropsicologica e servizi sociosanitari ai malati affetti da patologie neuro-degenerative Alzheimer. Aggiudicazione gara" e n. 33 del 17/01/2017 "Contratti di beni e servizi - Determinazioni -" di proroga contratti nelle more della conclusione delle nuove procedure di aggiudicazione (gara a valenza regionale e aziendale). Proroga in attesa di espletamento di gara (**Gea: importo annuo € 80.000,00 - Coop. Ricerca & Progetto: importo annuo € 110.300,00**).

Inoltre, con riferimento alla richiesta di indicare l'eventuale ricorso alle **prestazioni di "gettonisti"**, suddiviso in relazione ai plessi sopra indicati, l'Azienda ha fornito (allegato 4 alla nota prot. n. 128206 del 28/12/2023) i concorsi a tempo indeterminato e gli avvisi a tempo determinato (nelle discipline in cui sono stati conferiti incarichi libero professionali) dichiarando che gli stessi sono inviati a riprova del ricorso alle prestazioni dei medici "gettonisti" quale *extrema ratio* nelle procedure di reclutamento del personale medico.

Il Direttore S.C. Gestione RR.UU ha precisato che: "[...] risulta evidente che il ricorso alla stipula dei suddetti contratti libero professionali è stata determinata dall'estrema difficoltà di reperire medici delle specifiche discipline. Pertanto, in ragione dell'oggettiva impossibilità di utilizzare le risorse umane interne all'Azienda nel rispetto delle disposizioni di cui all'art. 14 della L. n. 161/2014 in materia di articolazione dell'orario di lavoro, al fine di garantire la continuità assistenziale, assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza e scongiurare l'interruzione di pubblico servizio in violazione dell'art. 32 della costituzione, si è reso necessario conferire gli incarichi libero professionali nel rispetto disposizioni normative vigenti (articolo 7, c. 6 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e ss. mm.ii., art. 1, c.2 lett. b del D.Lgs. 15 giugno 2015, n. 81 e ss.mm.ii.), per fronteggiare le emergenze e nelle more del reclutamento di personale dipendente [...].

Orbene, dall'istruttoria conclusa si rileva che **nulla è stato specificato in merito al numero dei gettonisti e al relativo costo.**

L'introduzione di questa figura professionale ha, nel tempo, modificato l'assetto organizzativo degli enti del settore sanitario, costantemente legati a problematiche dovute alle carenze dell'organico.

I medici gettonisti sono dei professionisti chiamati a gettone, introdotti con il "Decreto Bollette".

Nel dettaglio, il decreto-legge 34/2023 (convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2023, n. 56) prevede che le aziende ospedaliere: "Possono affidare a terzi i servizi medici e infermieristici solo in caso di necessità e urgenza, in un'unica occasione e senza possibilità di proroga, a seguito della verificata impossibilità di utilizzare personale già in servizio, di assumere gli idonei collocati in graduatorie concorsuali in vigore, nonché di espletare le procedure di reclutamento del personale medico e infermieristico autorizzate".

Si tratta di professionisti che sono, quindi, **pagati per un singolo turno** e che operano in un settore ad oggi poco regolamentato.

In pratica si tratta di:

- affidamento a terzi dei servizi medici ed infermieristici solo in caso di necessità e urgenza, in un'unica occasione e senza possibilità di proroga;
- previa verifica dell'impossibilità di reclutare tale personale in altro modo;
- praticabilità esclusivamente nei servizi di emergenza-urgenza ospedalieri per massimo 12 mesi;
- le cooperative devono avvalersi di personale in possesso dei requisiti di professionalità contemplati dalle disposizioni concorsuali vigenti;

- va dimostrato il rispetto delle disposizioni in materia d'orario di lavoro di cui al d.lgs. n. 66/2003 e, in particolare, la durata massima dell'orario settimanale, i riposi settimanale e giornaliero, i limiti al lavoro notturno;
- il personale che si dimette per lavorare con le cooperative non può chiedere successivamente la ricostituzione del rapporto di lavoro con il SSN.

Dunque, secondo dal testo entrato in vigore, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale possono ricorrere ai medici gettonisti per fronteggiare lo stato di grave carenza di organico del personale.

Tuttavia, l'attuale ricorso a "gettonisti" esterni per sopperire alla grave carenza di personale medico in alcune strutture non può garantire le necessarie competenze specifiche, ha costi elevati e può sfuggire ai dovuti controlli.

12.3 Prestazioni aggiuntive

L'ultima verifica ha interessato l'andamento della spesa per le prestazioni aggiuntive per ciascun plesso al 31 dicembre 2022.

Con nota prot. n. 124982, del 14 dicembre 2023, a firma del direttore f.f. SC Direzione Amministrativa PO, sono stati trasmessi i riepiloghi dell'attività effettuata nei PP.OO. di Campobasso, Isernia-Agnone e Termoli.

Il Direttore del Servizio ha specificato che è in corso di ultimazione il nuovo Regolamento che dovrà disciplinare l'attività aggiuntiva.

12.tab. n. 4 – Attività aggiuntiva per singoli trimestri 2022

P.O. CARDARELLI - CAMPOBASSO		P.O. ISERNIA E AGNONE		P.O. S. TIMOTEO - TERMOLI	
ANESTESIA E RIANIMAZIONE		PRONTO SOCCORSO ISERNIA		PRONTO SOCCORSO	
1° trimestre	57.313,00	1° trimestre	50.440,00	1° trimestre	28.588,00
2° trimestre	47.370,00	2° trimestre	67.260,00	2° trimestre	49.450,00
3° trimestre	75.280,00	3° trimestre	32.459,00	3° trimestre	57.410,00
4° trimestre	65.150,00	4° trimestre	60.000,00	4° trimestre	39.960,00
totale	245.113,00	totale	210.159,00	totale	175.408,00
LABORATORIO ANALISI		PRONTO SOCCORSO AGNONE		DIALISI	
1° trimestre	4.940,00	1° trimestre	66.840,00	1° trimestre	6.400,00
2° trimestre	2.823,00	2° trimestre	74.320,00	2° trimestre	4.190,00
3° trimestre	3.065,00	3° trimestre	75.200,00	3° trimestre	4.600,00
4° trimestre	10.456,00	4° trimestre	60.000,00	4° trimestre	6.000,00
totale	41.284,00	totale	276.360,00	totale	21.190,00
MEDICINA TRASFUSIONALE		MEDICINA INTERNA AGNONE		OSTETRICIA/GINECOLOGIA	
1° trimestre	7.500,00	1° trimestre	16.590,00	1° trimestre	37.788,00
2° trimestre	6.000,00	2° trimestre	10.200,00	2° trimestre	49.650,00
3° trimestre	6.000,00	3° trimestre	9.041,00	3° trimestre	54.930,00
4° trimestre	6.000,00	4° trimestre	9.120,00	4° trimestre	42.730,00
totale	25.500,00	totale	44.951,00	totale	185.098,00
CHIRURGIA VASCOLARE		MEDICINA INTERNA ISERNIA		ANESTESIA E RIANIMAZIONE	
1° trimestre	16.900,00	1° trimestre	14.000,00	1° trimestre	69.510,00
2° trimestre	9.240,00	2° trimestre	13.000,00	2° trimestre	40.720,00
3° trimestre	8.840,00	3° trimestre	17.165,00	3° trimestre	43.460,00
4° trimestre	17.290,00	4° trimestre	15.000,00	4° trimestre	58.260,00
totale	52.270,00	totale	59.165,00	totale	211.950,00
CARDIOLOGIA		DIALISI		CHIRURGIA GENERALE	
1° trimestre	-	1° trimestre	10.627,00	1° trimestre	-
2° trimestre	-	2° trimestre	5.000,00	2° trimestre	14.520,00
3° trimestre	-	3° trimestre	3.000,00	3° trimestre	15.000,00
4° trimestre	-	4° trimestre	3.000,00	4° trimestre	-
totale	-	totale	21.627,00	totale	29.520,00
UROLOGIA		CARDIOLOGIA		PEDIATRIA	
1° trimestre	-	1° trimestre	9.000,00	1° trimestre	12.960,00
2° trimestre	-	2° trimestre	5.040,00	2° trimestre	16.050,00
3° trimestre	-	3° trimestre	7.015,00	3° trimestre	12.060,00
4° trimestre	-	4° trimestre	6.484,00	4° trimestre	13.320,00
totale	-	totale	27.539,00	totale	54.390,00

ORTOPEDIA		OSTETRICIA/GINECOLOGIA		ORTOPEDIA	
1° trimestre	22.779,00	1° trimestre	24.660,00	1° trimestre	4.860,00
2° trimestre	22.090,00	2° trimestre	23.820,00	2° trimestre	3.810,00
3° trimestre	34.050,00	3° trimestre	23.400,00	3° trimestre	4.560,00
4° trimestre	25.930,00	4° trimestre	23.180,00	4° trimestre	9.130,00
totale	104.849,00	totale	95.060,00	totale	22.360,00
RADIOLOGIA		RADIOLOGIA		GASTROENTEROLOGIA	
1° trimestre	26.690,00	1° trimestre	47.344,00	1° trimestre	-
2° trimestre	35.600,00	2° trimestre	48.660,00	2° trimestre	-
3° trimestre	32.910,00	3° trimestre	50.850,00	3° trimestre	-
4° trimestre	33.720,00	4° trimestre	46.500,00	4° trimestre	-
totale	128.920,00	totale	193.354,00	totale	-
PEDIATRIA/NEONATOLOGIA		ANESTESIA E RIANIMAZIONE		LABORATORIO ANALISI	
1° trimestre	2.270,00	1° trimestre	98.820,00	1° trimestre	18.476,00
2° trimestre	20.150,00	2° trimestre	101.040,00	2° trimestre	13.650,00
3° trimestre	10.860,00	3° trimestre	112.560,00	3° trimestre	20.700,00
4° trimestre	12.000,00	4° trimestre	118.280,00	4° trimestre	10.390,00
totale	45.280,00	totale	430.700,00	totale	63.216,00
PRONTO SOCCORSO		CENTRO TRASFUSIONALE		CARDIOLOGIA	
1° trimestre	20.780,00	1° trimestre	4.600,00	1° trimestre	21.930,00
2° trimestre	24.160,00	2° trimestre	-	2° trimestre	21.780,00
3° trimestre	31.490,00	3° trimestre	-	3° trimestre	16.470,00
4° trimestre	19.750,00	4° trimestre	-	4° trimestre	8.800,00
totale	96.180,00	totale	4.600,00	totale	68.980,00
DIALISI/NEFROLOGIA		CHIRURGIA GENERALE		RADIOLOGIA/MEDICINA NUCLEARE	
1° trimestre	3.000,00	1° trimestre	49.680,00	1° trimestre	24.810,00
2° trimestre	3.000,00	2° trimestre	43.830,00	2° trimestre	29.610,00
3° trimestre	3.000,00	3° trimestre	33.799,00	3° trimestre	32.610,00
4° trimestre	500,00	4° trimestre	36.000,00	4° trimestre	34.200,00
totale	9.500,00	totale	163.309,00	totale	121.230,00
OSTETRICIA/GINECOLOGIA		PEDIATRIA		MEDICINA TRASFUSIONALE	
1° trimestre	8.510,00	1° trimestre	10.620,00	1° trimestre	-
2° trimestre	11.610,00	2° trimestre	8.520,00	2° trimestre	1.170,00
3° trimestre	9.090,00	3° trimestre	8.330,00	3° trimestre	4.800,00
4° trimestre	8.620,00	4° trimestre	9.500,00	4° trimestre	4.020,00
totale	37.830,00	totale	36.970,00	totale	9.990,00

MALATTIE INFETTIVE		ORTOPEDIA		MEDICINA INTERNA	
1° trimestre	-	1° trimestre	61.938,00	1° trimestre	-
2° trimestre	1.820,00	2° trimestre	68.620,00	2° trimestre	-
3° trimestre	1.350,00	3° trimestre	66.880,00	3° trimestre	76.062,00
4° trimestre	5.240,00	4° trimestre	65.150,00	4° trimestre	29.130,00
totale	8.410,00	totale	262.588,00	totale	105.192,00
CHIRURGIA		MEDICINA NUCLEARE		ONCOLOGIA	
1° trimestre	-	1° trimestre	3.000,00	1° trimestre	-
2° trimestre	-	2° trimestre	1.000,00	2° trimestre	-
3° trimestre	-	3° trimestre	-	3° trimestre	-
4° trimestre	29.850,00	4° trimestre	-	4° trimestre	1.530,00
totale	29.850,00	totale	4.000,00	totale	1.530,00
ANATOMIA PATOLOGICA		LABORATORIO ANALISI			
1° trimestre	-	1° trimestre	1.090,00		
2° trimestre	-	2° trimestre	-		
3° trimestre	480,00	3° trimestre	-		
4° trimestre	10.990,00	4° trimestre	-		
totale	11.470,00	totale	1.090,00		
		DIREZIONE SANITARIA			
		1° trimestre	1.090,00		
		2° trimestre	-		
		3° trimestre	-		
		4° trimestre	2.880,00		
		totale	3.970,00		
TOTALE TRIMESTRE		TOTALE TRIMESTRE		TOTALE TRIMESTRE	
Totale 1° trimestre	170.682,00	Totale 1° trimestre	470.339,00	Totale 1° trimestre	225.322,00
Totale 2° trimestre	193.863,00	Totale 2° trimestre	470.310,00	Totale 2° trimestre	244.600,00
Totale 3° trimestre	226.415,00	Totale 3° trimestre	439.699,00	Totale 3° trimestre	342.662,00
Totale 4° trimestre	245.496,00	Totale 4° trimestre	455.094,00	Totale 4° trimestre	257.470,00
TOTALE COMPLESSIVO	836.456,00	TOTALE COMPLESSIVO	1.835.442,00	TOTALE COMPLESSIVO	1.070.054,00

fonte: elaborazione Corte dei conti su dati inviati dall'A.S.Re.M.

Dall'analisi condotta risulta una spesa complessiva di euro 3.741.952,00. Dal bilancio di esercizio 2022 le prestazioni aggiuntive (voce B.2.15.3.A) sono pari a euro 3.766.324,30, risultando in calo del 1,37% (di euro 52.424,89 in valore assoluto) rispetto all'esercizio precedente (euro 3.818.749,19).

Si rileva, tra l'altro, una differenza tra il costo iscritto nel CE 2022 e quello comunicato dall'Azienda Sanitaria con nota prot. n.124982/2023 (di euro 24.372,30).

Tenuto conto che alcune discipline non risultano comuni ai vari plessi si riportano i dati annuali nella successiva tabella al fine di raffrontare la differenza di spesa e l'incidenza percentuale delle singole discipline sul totale:

12.tab. n. 5 – Attività aggiuntiva Anno 2022

DISCIPLINA	P.O. CARDARELLI - CAMPOBASSO	% sul tot.	P.O. ISERNIA E AGNONE	% sul tot.	P.O. S. TIMOTEO - TERMOLI	% sul tot.
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	245.113,00	29%	430.700,00	23%	211.950,00	20%
PRONTO SOCCORSO	96.180,00	11%	486.519,00	27%	175.408,00	16%
LABORATORIO ANALISI	41.284,00	5%	1.090,00	0%	63.216,00	6%
MEDICINA INTERNA		0%	104.116,00	6%	105.192,00	10%
MEDICINA TRASFUSIONALE	25.500,00	3%	4.600,00	0%	9.990,00	1%
CARDIOLOGIA	0	0%	27.539,00	2%	68.980,00	6%
ORTOPEDIA	104.849,00	13%	262.588,00	14%	22.360,00	2%
RADIOLOGIA/MEDICINA NUCLEARE	128.920,00	15%	197.354,00	11%	121.230,00	11%
PEDIATRIA/NEONATOLO- GIA	45.280,00	5%	36.970,00	2%	54.390,00	5%
DIALISI	9.500,00	1%	21.627,00	1%	21.190,00	2%
OSTETRICIA/GINECOLO- GIA	37.830,00	5%	95.060,00	5%	185.098,00	17%
CHIRURGIA GENERALE	29.850,00	4%	163.309,00	9%	29.520,00	3%
MALATTIE INFETTIVE	8.410,00	1%				
CHIRURGIA VASCOLARE	52.270,00	6%				
UROLOGIA	0	0%				
ANATOMIA PATOLOGICA	11.470,00	1%				
DIREZIONE SANITARIA			3.970,00	0%		0%
GASTROENTEROLOGIA					0	
ONCOLOGIA					1.530,00	
Totale	836.456,00		1.835.442,00		1.070.054,00	

fonte: elaborazione Corte dei conti su dati inviati dall'A.S.Re.M.

Si premette che il dato relativo al Pronto Soccorso include sia quello di Isernia sia quello di Agnone (rispettivamente pari a euro 210.159,00 ed euro 175.408,00) e che il dato relativo della radiologia risulta cumulato con quello della Medicina Nucleare nei P.O. di Isernia/ Agnone e Termoli, mentre per il P.O. di Campobasso il dato si riferisce esclusivamente alla radiologia.

Orbene, si rileva che il costo delle prestazioni aggiuntive utilizzate nel 2022 ammonta a euro 3.741.952,00, di cui euro 1.835.442,00 nei presidi di Isernia e Agnone. La spesa risulta più elevata se si considera la presenza di un pronto soccorso in ciascun presidio ospedaliero.

Analizzando la spesa nel P.O. Cardarelli di Campobasso si evidenzia che percentuale più elevata della spesa interessa l'anestesia e rianimazione (29%). Segue l'utilizzo in radiologia/ medicina nucleare (euro 128.920,00) con un tasso di incidenza del 15% e l'ortopedia (euro 104.849,00) (13%).

Nel P.O. Isernia e Agnone si rileva l'utilizzo delle prestazioni aggiuntive soprattutto nel pronto soccorso (euro 486.519,00), in anestesia e rianimazione (euro 430.700,00) e in ortopedia (euro 262.588,00), con un tasso di incidenza sulla spesa rispettivamente del 27%, 23% e 14%.

Infine nel P.O. S. Timoteo di Termoli le prestazioni assumono valori elevati in anestesia e rianimazione (euro 211.950,00), in ostetricia/ginecologia (euro 185.098,00) e in pronto soccorso (euro 175.408,00).

In sede di istruttoria sui bilanci d'esercizio dei pregressi anni, l'Azienda Sanitaria, oltre a confermare la crescita dei costi, ha rappresentato che il ricorso alle prestazioni aggiuntive ex art.55 del CCNL 2000 è motivato dalla necessità di sopperire alla grave carenza di personale della dirigenza medica e sanitaria non essendo colmata con le procedure di reclutamento attraverso concorsi, avvisi pubblici, contratti d'opera ed è dovuta a esigenze organizzative tese ad assicurare la copertura dei turni di servizio a tutela dell'utenza ed a garanzia dei livelli minimi di assistenza.

Pur prendendo atto delle controdeduzioni fornite in ordine alla criticità contestata dalla Sezione, si osserva l'**elevato costo per le prestazioni aggiuntive** sostenuto dai vari presidi ospedalieri.

L'utilizzo deve essere ricondotto nell'alveo naturale dei requisiti di temporaneità o eccezionalità, evitando che si trasformi in un mezzo per colmare le lacune ordinarie dell'Ente ed eludere i vincoli in materia di assunzioni di personale a tempo indeterminato.

Le prestazioni aggiuntive si basano sull'applicazione delle norme previste dai CC.CC.NN.LL. della Dirigenza medico-veterinaria e, nello specifico, all'art. 14, comma 6 del C.C.N.L. 2002-2005 a mente del quale, qualora per il raggiungimento degli obiettivi prestazionali sia necessario un impegno aggiuntivo, l'Azienda (*"sulla base delle linee di indirizzo regionali di cui all'art. 9, comma 1, lettera g) [oggi, art. 5, comma 1, lett. g) del C.C.N.L. 17.10.2008]"*) può concordare con l'équipe interessata, ove ne ricorrano i requisiti e le condizioni, l'applicazione dell'istituto previsto dall'art. 55, comma 2, del C.C.N.L. 8 giugno 2000.

La misura della tariffa oraria da erogare per tali prestazioni è stabilita dalla disposizione in commento in euro 60,00 lordi.

L'art. 55, comma 2, C.C.N.L. 8 giugno 2000, il cui comma 2-bis, come introdotto dall'art. 18 C.C.N.L. 2002/2005, stabilisce, inoltre, la tariffa di euro 480,00 lordi per ogni turno notturno aggiuntivo.

Visto l'importo elevato di dette tariffe, l'utilizzo delle prestazioni deve essere adeguatamente regolamentato, con fissazione di limiti procedurali ed economici al fine di garantire, attraverso criteri di trasparenza e appropriatezza, sia un corretto svolgimento del processo con la valutazione preliminare dell'utilità e della convenienza per l'Azienda, sia il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Tuttavia, tenuto conto dell'incremento cospicuo del costo negli anni, si deduce l'inesistenza di un adeguato monitoraggio delle suddette prestazioni ⁽¹¹⁾.

¹¹ In merito alla problematica esposta, si richiamano anche le considerazioni espresse nella relazione sulla verifica ispettiva del triennio 2012-2014, effettuata nel periodo 16 marzo 2016-22 aprile 2016 dai Servizi Ispettivi di Finanza Pubblica del Dipartimento della RGS – Ispettorato Generale di Finanza, pervenuta alla Sezione con nota prot. 101214 del 11/12/2017. Nella relazione si legge: *"In linea generale, dall'esame dei provvedimenti, si osserva che l'art. 55 comma 2 CCNL 08/06/2000 prevede*

In merito alla questione, si rinvia alle considerazioni esposte dalla Sezione nei controlli sui pregressi esercizi (da ultimo, c.fr. Deliberazione n. 69/2021 e Deliberazione n. 127/2022).

13. PIANO DEGLI INVESTIMENTI

Le stazioni appaltanti e gli enti concedenti:

- a) adottano il programma triennale dei lavori pubblici e il programma triennale degli acquisti di beni e servizi. I programmi sono approvati nel rispetto dei documenti programmatori e in coerenza con il bilancio e, per gli enti locali, secondo le norme della programmazione economico-finanziaria e i principi contabili;
- b) approvano l'elenco annuale che indica i lavori da avviare nella prima annualità e specifica per ogni opera la fonte di finanziamento, stanziata nello stato di previsione o nel bilancio o comunque disponibile ⁽¹²⁾.

Il programma triennale dei lavori pubblici e i relativi aggiornamenti annuali contengono i lavori, compresi quelli complessi e da realizzare tramite concessione o partenariato pubblico-privato, il cui importo si stima pari o superiore alla soglia di cui all'articolo 50, comma 1, lettera a).

I lavori di importo pari o superiore alla soglia di rilevanza europea di cui all'articolo 14, comma 1, lettera a), sono inseriti nell'elenco triennale dopo l'approvazione del documento di fattibilità delle alternative progettuali e nell'elenco annuale dopo l'approvazione del documento di indirizzo della progettazione.

I lavori di manutenzione ordinaria superiori alla soglia indicata nel secondo periodo sono inseriti nell'elenco triennale anche in assenza del documento di fattibilità delle alternative progettuali.

I lavori, servizi e forniture da realizzare in amministrazione diretta non sono inseriti nella programmazione ⁽¹³⁾.

l'attivazione dell'istituto delle prestazioni aggiuntive "in via eccezionale e temporanea", finalizzandolo "alla riduzione delle liste d'attesa" o all'acquisizione di prestazioni aggiuntive in caso di carenza d'organico. Nell'ASREM si assiste, invece al ricorso costante, nell'arco degli anni esaminati, alle prestazioni in oggetto per l'acquisizione di prestazioni aggiuntive principalmente legate a carenze di organico e di impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge. A parere degli scriventi, l'utilizzo delle prestazioni aggiuntive, in un arco temporale così lungo, avrebbe dovuto suggerire la ricerca di soluzioni alternative di tipo organizzativo, tecnologico, in grado di riequilibrare le criticità emerse, e non l'utilizzo di uno strumento, particolarmente oneroso, che dovrebbe essere utilizzato esclusivamente nel breve periodo in via eccezionale e temporanea come del resto prevede anche il comma 2-bis nello specificare che siano le aziende a richiedere al dirigente le prestazioni in tale regime, esaurita l'utilizzazione di altri strumenti retributivi contrattuali.

Inoltre, la mancanza di riferimenti al rispetto di direttive regionali emanate in materia (con particolare riferimento all'art. 9, comma 1 lett. g) del CCNL 2002/2005) e l'assenza di un provvedimento di determinazione della dotazione organica non consentono un'adeguata valutazione delle prestazioni aggiuntive autorizzate nel periodo. In particolare, per quest'ultimo aspetto le prestazioni aggiuntive dovrebbero essere concesse ove si riscontrano carenze di organico e dovrebbe trovare un limite massimo individuato nel volume orario annuo conseguente alle carenze di organico esistenti".

¹² Art. 37 comma 1 del nuovo Codice dei Contratti di cui al D. Lgs. n. 36/2023.

¹³ Art. 37 comma 2 del nuovo Codice dei Contratti di cui al D. Lgs. n. 36/2023.

La Sezione ha chiesto di fornire il piano degli investimenti di adeguamento funzionale, riqualificazione e ammodernamento delle strutture ospedaliere, con indicazione dell'oggetto, della fase e dell'importo dei lavori.

Il Piano degli investimenti è stato adottato con deliberazione del D.G. n. 829 del 27/10/2023.

Il programma triennale e i relativi aggiornamenti annuali risultano altresì pubblicati sul sito istituzionale dell'Azienda Sanitaria e nella banca dati nazionale dei contratti pubblici in ossequio alla previsione di cui al comma 4 del D. Lgs 36/2023.

Nel provvedimento è precisato che l'ASREM si riserva di apportare eventuali modifiche all'elenco degli interventi inseriti nello schema di Programma triennale 2024/2026 a seguito dell'avvenuta definizione del *budget* da parte della Regione Molise/Struttura Commissariale e conseguente approvazione delle proposte di intervento che avranno trovato l'adeguata copertura finanziaria.

All'atto sono allegati i seguenti documenti:

- Scheda A - Quadro delle risorse necessarie alla realizzazione del programma;
- Scheda B - Elenco delle opere incompiute;
- Scheda C - Elenco degli immobili disponibili;
- Scheda D - Elenco degli interventi del programma;
- Scheda E - Interventi ricompresi nell'elenco annuale;
- Scheda F - Elenco degli interventi presenti nell'elenco annuale del precedente programma triennale e non riproposti e non avviati.

L'ammontare delle risorse previste per la realizzazione del programma è pari a euro 132.019.201,92, di cui euro 45.825.703,50 relative al primo anno, euro 41.597.479,96 relative al secondo anno ed euro 44.596.018,46 relative al terzo anno.

Quanto alla loro composizione, esse sono suddivise in risorse derivanti da entrate aventi destinazione vincolata per legge di euro 129.142.614,56 e risorse acquisite mediante apporti di capitali privati di euro 2.876.587,36.

Tra le opere incompiute risulta "A.S.Re.M. - Ospedale ex Asl N° 1 Alto Molise di Agnone (IS)" (Cup G17H03000130001) dell'importo di euro 50.000.000,00 risalente al 2005, per la quale è stata dichiarata l'insussistenza dell'interesse pubblico al completamento ed alla fruibilità dell'opera.

Gli investimenti principali sono costituiti dagli interventi riguardanti la Missione 6 del PNRR ⁽¹⁴⁾:

¹⁴ Con Deliberazione n. 70/2023/VSG del 22 maggio 2023 la Sezione ha approvato il "Monitoraggio dei Fondi PNRR_Missione 6 Salute - esercizio 2022. Soggetto Attuatore: Azienda Sanitaria Regione Molise (A.S.Re.M)". L'Azienda risulta il soggetto attuatore interventi pari a euro 49.868.187,82), così suddivisi:

1) Componente M6C1

- Reti di prossimità, Strutture e Telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale.

Investimenti 1.1- 1.2.2- 1.3, per una dotazione finanziaria così ripartita:

- Case della Comunità (euro 13.775.506,72)

- n. 13 case della comunità (M6 C1 1.1 - Case della Comunità e presa in carico della persona);
- P.O. San Timoteo Di Termoli (CB) - Interventi per la sicurezza sismica - PNRR - M6.C2 1.2 Verso Un Nuovo Ospedale Sicuro e Sostenibile;
- Ospedale di Comunità di Venafrò (IS) – PNRR M6.C1 1.3 rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (ospedali di comunità);
- Ospedale di Comunità di Larino (CB) – PNRR M6.C1 1.3 rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (ospedali di comunità);
- Distretto Sanitario Ex Ospedale San Timoteo Termoli (CB) - Centrale Operativa Territoriale;
- Ospedale di Comunità Ss. Rosario Venafrò (IS) - Centrale Operativa Territoriale;
- Poliambulatorio di Bojano - Centrale Operativa Territoriale.

Sono previsti interventi di adeguamento antincendio alla seconda fase del D.M. 19 marzo 2015 dell’Ospedale Cardarelli di Campobasso, San Timoteo di Termoli, Vietri di Larino, Caracciolo di Agnone, Venezia di Isernia, SS. Rosario di Venafrò e presso vari Poliambulatorio della Regione.

È in programma il project financing, ex art. 183 d.lgs. n°50/2016, per l’affidamento in concessione della progettazione - costruzione - gestione del sistema di raccolta e termodistruzione dei rifiuti ospedalieri (RSO) provenienti dalle strutture regionali A.S.Re.M. e della manutenzione edile/impiantistica dell’impianto di termodistruzione (euro 2. 876.587,36 previsti per il primo anno del piano).

Infine sono previsti interventi presso il Presidio Ospedaliero “A. Cardarelli” di Campobasso - Piano Di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera per emergenza Covid-19 - Intervento n. 1 - Terapie intensive e semintensive e presso Ospedale Civile “A. Cardarelli” di Campobasso la realizzazione nuovo reparto di Neurologia e Strok Unit di n. 14 posti letto.

Quanto al soggetto aggregatore al quale si intende delegare la procedura di affidamento, gli interventi del PNRR sono affidati all’ Agenzia Nazionale per l’attrazione degli Investimenti e lo Sviluppo

-
- COT- Immobili, Device, Interconnessione (euro 1.022.587,95)
 - Ospedali di Comunità (euro 6.122.447,88)

2) Componente M6C2

- Investimento 1.1 Ammodernamento del Parco Tecnologico e Digitale Ospedaliero.

Sub-Investimento 1.1.1 Digitalizzazione. Sub- Investimento 1.1.2 Grandi Apparecchiature, con una dotazione finanziaria così ripartita:

- Digitalizzazione ospedaliera euro 8.878.222,89
- Grandi apparecchiature, con l’acquisizione di 23 grandi apparecchiature da distribuire nelle Strutture sanitarie pubbliche regionali euro 7.280.539,50

3) Componente M6C2

- Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale

- M6C 2.1 Aggiornamento tecnologico e digitale

- Investimento 1.2 Verso Un Ospedale Sicuro e Sostenibile

- Ospedale Sicuro - Intervento su Ospedale di Termoli euro 3.911.332,46 (Fondi PNRR)
- Ospedale Sicuro - Intervento su Ospedale di Termoli euro 8.877.549,42 (Fondi PNC).

d'impresa S.p.A mentre i restanti investimenti sono affidati alla Centrale Unica di Committenza della Regione Molise.

14. CONCLUSIONI

La presente relazione, dopo aver descritto l'articolazione dell'Azienda Sanitaria Regionale (A.S.Re.M.) in Distretti Socio-Sanitari e l'organizzazione della rete ospedaliera, si prefigge di illustrare le conseguenze di una carente contabilità analitica e di *budgeting* a seguito di quanto riscontro dalla Sezione nel corso dell'analisi dei bilanci d'esercizio di cui all'articolo 1, comma 3, del decreto-legge 10 ottobre 2012, n. 174 (convertito con modificazioni dalla legge 7 dicembre 2012, n. 213), che ha integrato la disciplina di cui alla legge 23 dicembre 2005, n. 266 (legge finanziaria per il 2006), articolo 1, comma 170.

L'analisi si è basata sulla documentazione istruttoria, la collaborazione dei responsabili degli uffici dell'Azienda Sanitaria e di tutti i referenti che hanno redatto ed inviato le informazioni richieste dalla Sezione.

Essendo le macrostrutture dell'Azienda dotate di autonomia economico-finanziaria e gestionale, alle stesse dovrebbe essere attribuito uno specifico *budget* e una contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda.

Dall'analisi effettuata è possibile concludere che nell'Azienda Sanitaria si verifica la presenza di sistemi gestionali e contabili non integrati tra loro. La conformazione di tale struttura porta a sistemi contabili che, pur nella loro completezza, faticano a dialogare con i sistemi gestionali aziendali e a sistemi di reportistica che sono integrati solo in parte con i sistemi gestionali e contabili aziendali.

Dunque risulta carente la quadratura contabile tra le risultanze economico-patrimoniale civilistiche e le medesime risultanze (solo di tipo economico) delle diverse dimensioni contabili analizzate (centri di costo, commesse, progetti, ecc.).

L'esame della Sezione ha consentito di dimostrare che l'Azienda Sanitaria ha solo avviato le attività destinate all'implementazione di sistemi di analisi dei dati e di elaborazione di una reportistica di periodo per struttura, che, secondo quanto comunicato, verrà messo a regime solo nel corso del 2024. Inoltre, la reportistica realizzata è di tipo "direct costing", ovvero prevede l'attribuzione dei costi diretti di struttura, mentre quella di tipo "full costing" è in corso di sviluppo.

Più in dettaglio, nell'analisi dei margini di contribuzione di primo livello ovvero la differenza tra ricavi figurativi e costi diretti, i risultati sono negativi per tutti i presidi ospedalieri del Molise. Il risultato dimostra che i ricavi non sono sufficienti a coprire i costi che devono essere sostenuti per la

produzione dei servizi del presidio. Di conseguenza, ogni volta che il fatturato aumenta si verifica un incremento delle perdite di esercizio.

Sono stati poi calcolati e analizzati alcuni indicatori sanitari al fine di misurare l'efficacia (rispetto degli obiettivi prefissati) e l'efficienza (rispetto delle azioni e risorse impiegate) del sistema ospedaliero.

Più nello specifico sono stati rilevati il tasso di utilizzo e rotazione dei posti letto e la degenza media in modo da valutare in modo complessivo il livello di risorse impiegate a livello regionale e nazionale in termini di disponibilità dell'offerta ospedaliera e di possibilità di trattare un paziente in ospedale.

L'analisi è stata dedicata anche a specifiche componenti di costo (energia elettrica, gas, telefonia, ecc.) e per servizi di mensa, di manutenzione e vigilanza.

La completa acquisizione dei dati di tutti i presidi ospedalieri della regione ha consentito di verificare la composizione e l'andamento di tali costi.

Ad eccezione del servizio di lavanderia e delle manutenzioni il cui costo nel 2022, se confrontato a quello del 2021, risulta in diminuzione rispettivamente del 5% e del 7%, i costi relativi alla mensa, alla pulizia, alle utenze di elettricità e telefoniche, ai carburanti risultano tutti in crescita.

L'analisi della spesa per il personale ha mostrato l'alto costo per le prestazioni aggiuntive sostenuto dai vari presidi ospedalieri. L'utilizzo elevato dell'istituto fa presupporre l'inesistenza di un adeguato monitoraggio delle suddette prestazioni e la necessità che detto utilizzo sia ricondotto nell'alveo naturale dei requisiti di temporaneità o eccezionalità, evitando che si trasformi in un mezzo per colmare le lacune ordinarie dell'Ente ed eludere i vincoli in materia di assunzioni di personale a tempo indeterminato.

A conclusione del lavoro occorre precisare che le aziende sanitarie si trovano così ad essere sempre più coinvolte in problematiche di tipo economico quali la scarsità delle risorse - legate a politiche di razionalizzazione della spesa pubblica - contrapposte alla necessità di raggiungere un buon livello qualitativo ed un buon servizio al paziente.

L'aziendalizzazione delle strutture sanitarie ha reso pressante l'esigenza di sviluppare maggiore attenzione sul tema dei costi con l'obiettivo di ottimizzare il processo di programmazione dei servizi erogati, al fine di rispondere alle esigenze sanitarie della popolazione non solo in termini di efficacia (qualità della prestazione), ma anche in termini di efficienza (ottimizzazione delle risorse impiegate).

Il nuovo quadro normativo-istituzionale presuppone lo sviluppo ed il consolidamento di un *management* nel quale il controllo di gestione assume il compito di fornire i dati e le informazioni necessarie per alimentare il processo di decisione imponendo l'adozione del bilancio economico pluri-

nale ed annuale, la tenuta della contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, nuovi meccanismi di finanziamento strettamente correlati con le prestazioni sanitarie effettivamente erogate, il rispetto dei vincoli di bilancio e l'equilibrio tra costi e ricavi.

Occorre anche prendere atto che la forte correlazione del consumo sanitario con l'età del soggetto rileva innanzitutto in una prospettiva temporale, in ragione del processo di invecchiamento demografico. Infatti, il progressivo aumento dell'incidenza della popolazione nelle fasce di età più anziane, caratterizzate da maggiori bisogni sanitari, determina una significativa crescita della domanda di servizi sanitari, generando una pressione sulle risorse necessarie al loro finanziamento. La suddetta correlazione è importante anche in un'ottica spaziale in quanto la medesima offerta di prestazioni sanitarie, a parità di classe di bisogno, potrebbe tradursi in differenti livelli di spesa pro capite se calata in realtà territoriali caratterizzate da un diverso stadio del processo di invecchiamento delle rispettive popolazioni.

Una regione più "vecchia" sotto il profilo demografico spende mediamente di più di una regione comparativamente più "giovane", a parità di ogni altra condizione, in quanto dovrà soddisfare un costo maggiore per la concentrazione di assistiti nelle classi di bisogno a più elevato consumo sanitario.

Tuttavia, i differenziali di spesa sanitaria pro capite, rilevati a livello regionale, non riflettono solamente gli effetti indotti dalla diversa struttura demografica.

È indubbio, infatti, che una parte importante di tali differenze è dovuta al diverso livello di efficienza ed efficacia gestionale nella produzione ed erogazione dei servizi sanitari, alle caratteristiche qualitative dell'offerta, alla propensione al consumo sanitario nelle diverse aree del Paese e, infine, al livello di risorse aggiuntive che la collettività locale ritiene di destinare al finanziamento della sanità pubblica, rispetto al fabbisogno *standard*.

Il Magistrato relatore

(Domenico CERQUA)



Il Presidente

(Lucilla VALENTE)



Depositata in Segreteria il 12 aprile 2024

Il Funzionario preposto

(Silvia STORTO)



CORTE DEI CONTI - CENTRO UNICO PER LA FOTORIPRODUZIONE E LA STAMPA - ROMA

