

relazione Caruso

(

Istituto Sicurezza Sociale

Cumitato Esecutivo

7 Marzo 2016

Relazione per Commissione Sanità

, ·

♀

·P'''''' ...

-

-«

..

(

Istituto Sicurezza Sociale

C-omitato Esecutivo

7 Marzo 2016

, ·

Relazione per Commissione Sanità

•

## relazione Caruso

,.."

♀

,.

..

. 4

### INDICE

Metodologia di Analisi dei problemi in sanita' pago 3

Mission ISS pago 4

Valori, Principi Guida pago 4

Vision ISS pago .4

Autonomia dell'ISS? pago 4

Trasparenza e collegialità decisionale pago 6

- Procedure e tempistica per gestione personale ISS pago 7

Situazione personale amministrativo ISS come descritta nella relazione pag  
11

di accompagnamento a Fabbisogno

Accordi e consulenze pago 11

Spesa sanitaria pro capite Italia e San Marino e  
standard qualitativi e quantitativi pago 15

- 

- 

- Medici pago 17

Attività libero professionale pago 19

Accordo su orario di lavoro pago 20

Progetti di riorganizzazione pago 20

Mobilità passiva pago 31

Casale La Fiorina Accorpamento pago 34

relazione Caruso

Progetto informatizzazione pago 34

Situazione macro appalti: cosa ha trovato questa Direzione pago 40

Budget 2015 pago 48

Tempi di attesa pago 50

Bilancio ISS: che cosa ha trovato questa Direzione pago 53

Produttività ambulatoriale e di ricovero complessiva di reparti e servizi ed appropriatezza clinica pago 64

..

Allegati:

A. Elenco interpellanze che hanno interessato argomenti di pertinenza ISS dall'agosto 2014

B. Relazione Medicina di Base

C. Documento di Budget 2015 contenente gli obiettivi

D. Lettera accompagnamento al Bilancio previsionale 2016

..

E. Interpellanza su affitti

♀

..

..

•

## relazione Caruso

..

..

•

•

..

### Metodologia di analisi dei problemi in sanita'

Analizzare i problemi in modo che essi possano essere compiutamente ma anche tempestivamente compresi, risulta particolarmente importante per il management sia da un punto di vista clinico che gestionale.

Imparare dai propri errori è sicuramente la base per sviluppare organizzazioni migliori e di qualità, ma prima di tutto è necessario riuscire e percepire e comprendere i propri errori, i problemi che essi generano, le cause che realmente li sostengono e le possibili soluzioni da attuare.

La "governance" risulta tanto più efficace ed opportuna quanto basata su una analisi della realtà che utilizza strumenti in grado di cogliere e sintetizzare i problemi, permettendo una riduzione della complessità e contemporaneamente una focalizzazione della nostra attenzione sulle cose che effettivamente

## relazione Caruso

sono in grado di condizionare il sistema se non opportunamente affrontate.

Molto spesso si avvertono "sintomi" negativi dell'organizzazione, percepiti come disservizi, freni, ritardi, lamentele, perdite di vario tipo ecc., ma a volte risulta difficile definire precisamente un problema sia nelle sue caratteristiche che nelle sue dimensioni. La comprensione esatta del problema e l'analisi delle sue dimensioni sono il preambolo vincolante e necessario per porre le basi per poter arrivare all'identificazione delle possibili soluzioni.

Si possono attuare molti metodi tra i quali il più usato è sicuramente quello istintuale a "reazione puntuale" che risponde al problema con una analisi semplice e molto focalizzata, definendo quindi una terapia "sintomatica" che difficilmente arriva a risolvere veramente il problema .

Questa modalità è fortemente influenzata dall'emotività e dalla distorsione dell'interpretazione della realtà che ne deriva. Altri approcci utilizzano invece dei sistemi più strutturati e logici che puntano soprattutto a definire prima di tutto le caratteristiche del problema, le sue dimensioni e le sue molteplici cause.

Tutto questo utilizzando più punti di vista ma soprattutto strumenti quantitativi in grado di poter ben "rappresentare" la realtà .

La rappresentazione grafica e concettuale del problema, dei fattori determinanti, delle loro relazioni, degli effetti quantificati e delle variazioni post-intervento, è di

## relazione Caruso

fondamentale importanza nel lavoro  
in sanità, dove la condivisione dell'analisi e delle soluzioni proposte  
diventa vitale per poter  
operare, far funzionare e migliorare l'organizzazione.  
Gli strumenti che permettono tali rappresentazioni, migliorano  
l'intelligibilità, la comunicazione tra i  
componenti del team, la possibilità di allineare gli intenti e le attività  
controllandole nei risultati e  
quindi la possibilità di adottare soluzioni di successo.

Questa relazione utilizza la metodologia quantitativa per andare alla causa  
dei problemi affinché la  
credibilità della Istituzione non sia oggetto di strumentali attacchi  
mediatico-politici che minano alla  
base la fiducia nel diritto bene impediscono una corretta esigibilità'.

♀

•

..

•

Mission e vision dell'ISS

Mission ISS  
perché esistiamo

Garantire ai cittadini sarrunarinesi un sistema sanitario e previdenziale  
universalistico e di qualità costituito

## relazione Caruso

da attività di prevenzione, riabilitazione, assistenza sociale e sanitaria di base, specialistica e assistenza previdenziale.

### Valori ISS

#### Principi valori guida

- Centralità della persona assistita
- Engagement della persona assistita
- Gentilezza, cortesia, affidabilità dei diritti della persona
- Integrazione (interprofessionale, intersettoriale, interistituzionale)
- Efficacia ed efficienza organizzati va , qualità del servizio e continuità assistenziale
- Equità di accesso
- Tempestività nella erogazione delle prestazioni
- Appropriatezza delle cure
- Innovazione diagnostico-terapeutica e organizzati va
- Apprendimento continuo
- Responsabilizzazione degli organi e del personale
- Responsabilizzazione dei cittadini nel mantenimento della propria salute

### Vision ISS

Essere punto di riferimento assistenziale per i cittadini sammarinesi e per i residenti in Italia e in Regione Emilia Romagna e Marche, per prestazioni sanitarie particolari e per prestazioni con tempi di attesa critici presso le strutture sanitarie italiane delle regioni limitrofe.

Diventare punto di riferimento per malattie rare in particolare neurologiche e neurodegenerative  
(Corea di Huntington e Alzheimer)

La vision dell'ISS è rappresentata inoltre dall'aderenza agli obiettivi OMS 2020 e quindi

## relazione Caruso

attraverso la condivisione di know-how, alle modalità di promozione della salute, riducendo eventuali iniquità di salute, agendo sui determinanti di salute sociali quali:

- comportamenti personali e stili di vita;
- fattori sociali;
- condizioni di vita e di lavoro;
- accesso ai servizi sanitari e sociali;
- condizioni generali socio-economiche;
- condizioni culturali ed ambientali.

Autonomia dell'ISS?

Organismi ed istituzioni ai Quali " Iss deve rendere conto e riferire:

Consulta socio Sanitaria art 24 L 165/2004 Organo dell'Istituto Sicurezza Sociale

Consiglio per la previdenza Organo dell'Istituto Sicurezza Sociale

Collegio sindacale Organo dell'Istituto Sicurezza Sociale

♀

-

-

..

..

..



## relazione Caruso

..

..

Collegio di Direzione organo consultivo collegiale

Comitato Etico organo consultivo collegiale

Gli organi sono rappresentativi di tutte le forze sociali (Partiti, OO.SS, organizzazioni datoriali)

inoltre tutte le delibere sul personale o con contenuto organizzativo ed economico seguono l'iter di approvazione che coinvolge a seconda della natura del provvedimento:

- Congresso di Stato
- Commissione di controllo della finanza per importi superiori ai 25.000 euro
- Consiglio di Direzione per pratiche relative al personale

Consiglio Grande e Generale per approvazione progetti che modificano leggi quali ad esempio il Bilancio di Esercizio.

Per quanto riguarda in particolare il personale, l'interlocuzione avviene con la Segreteria agli Interni, con la Direzione Generale della Funzione Pubblica e le Organizzazioni Sindacali

Per quanto riguarda invece le infrastrutture dell'Ospedale la interlocuzione è con la Segreteria al Territorio ed il relativo Dipartimento

## relazione Caruso

Da ultimo per quanto riguarda il Settore Previdenziale, l'interlocuzione spesso avviene anche nei confronti della Segreteria di Stato per il Lavoro.

Esiste inoltre l'Istituto delle Istanze d'Arengo, delle Interpellanze e delle Interrogazioni parlamentari tramite le quali è consentito l'accesso a tutta una serie di informazioni e documenti relativi alle molteplici attività dell'ISS. (Allegato Elenco delle Interpellanze che hanno interessato ISS come istruttoria alle stesse n.53 dal 1° agosto 2014)

I componenti del CE o loro delegati fanno inoltre parte di diverse commissioni istituite dal Congresso di Stato e aventi ad oggetto materie di pertinenza socio sanitaria e previdenziale o del Lavoro, nelle quali portano il loro contributo informativo e di expertise professionale.

Da questa premessa si evince come la operatività quotidiana della Direzione Generale e del Comitato Esecutivo si svolga in un contesto di molteplici e frequenti relazioni. Sulla base di un quadro normativo predefinito e riferito in gran parte al settore della Pubblica Amministrazione cui l'ISS appartiene in toto: ciò è un fattore spesso limitante che evidenzia una oggettivamente limitata autonomia gestionale.

È pur vero che la L 165 del 2004 all'art.6 Personalità giuridica definisce l'ISS come ente con personalità di diritto pubblico ed autonomia gestionale che eroga prestazioni socio sanitarie previdenziali nel quadro delle politiche approvate dal Consiglio Grande e Generale con documenti ampiamente condivisi quali il Piano Nazionale Sanitario e Socio Sanitario.

## relazione Caruso

In questo contesto anche il concetto di Azienda cui giuridicamente l'ISS e' riferibile in base al diritto in quanto trattasi di azienda di erogazione di servizi pubblici finanziati in questo caso dalla Stato che le reperisce attraverso le entrate fiscali. prevederebbe autonomia gestionale. inoltre all'interno dell'azienda pubblica ISS la domanda di salute viene soddisfatta attraverso i processi assistenziali effettuati mediante il personale e la tecnologia complessivamente intesa.

Nell'exkursus presentato si rende ovviamente come questa autonomia per ragioni piu' storiche e di prassi che normative. nonostante la Legge 165/2004

♀

..

-

-

-

•

..

•

•

•

## relazione Caruso

### Trasparenza e collegialita' decisionale

La Direzione Generale e' a capo di una struttura organizzativa definita per legge (Atto Organizzativo 2010) che ha ai suoi vertici Dirigenti che occupano posizioni apicali cui sono attribuite dalla legge 108/2009 precise responsabilita' riferite agli specifici ambiti professionali (art. 4 e 5).

Secondo l'art.11 della L.165 /2004 il Direttore Generale ha la legale rappresentanza dell'istituto ed esercita tutti i poteri di gestione salvo gli atti e le competenze per legge affidati al Comitato Esecutivo.

La responsabilita' del Direttore Generale non esonera il personale dipendente da quelle in cui esso potra' incorrere per azioni ed omissioni, tenuto conto delle attribuzioni e de doveri di ciascuno.

Art.12 Il Direttore Amministrativo e' specificatamente responsabile dell'area relativa ai servizi amministrativi e di supporto logistico organizzativo, nonché di tutte le attivita' relative al settore previdenziale.

Art.13 Il Direttore Sanitario e' specificatamente responsabile dell'area relativa a tutte le attivita' sanitarie e sociosanitarie.

Art.5 Decreto Delegato 1/2010 Il Direttore di Dipartimento ha la

## relazione Caruso

responsabilità della produzione,  
della coerente organizzazione e della gestione delle risorse assegnate,  
individua i bisogni id  
formazione e promozione della qualità delle prestazioni sanitarie, negozia  
il budget ed il piano di  
produttività con il Ce, cura la integrazione clinica, organizzativa  
professionale ed umana del dipartimento  
e fra i dipartimenti, il flusso dei dati di attività ed il costo di controllo di  
gestione, cura la  
comunicazione sistematica con il CE circa le valutazioni tecnico sanitarie,  
sociosanitarie, e organizzative  
del dipartimento, collabora con le competenti U.O. alla idoneità,  
funzionalità e sicurezza  
degli spazi e attrezzature nel rispetto delle normative, vigila sulla eticità  
dei comportamenti delle  
varie figure professionali e delle attività. garantisce il rispetto delle norme  
medico legali.

IL Direttore di Dipartimento ha poteri autorizzativi di spesa.

I Direttori di Dipartimento partecipano al governo dell'ISS mediante  
attività propositive e consultive,

informando il CE sul grado di raggiungimento degli obiettivi di budget.

Art. 6 Decreto delegato 1/2010 Il Direttore di Unità Operativa complessa  
garantisce la direzione

e l'attribuzione della responsabilità del personale. assicura la  
ottimizzazione della cura mediante

l'appropriatezza dei regimi di trattamento, la valutazione adeguata delle  
scelte tecnologiche,

si prende cura della qualità del rapporto relazionale con gli assistiti, è  
responsabile della corretta

erogazione dei servizi assegnati alla mission della U.O. che dirige.

e' responsabile delle risorse umane che gli sono assegnate attraverso il  
sistema di budget.

## relazione Caruso

Inoltre Il Coordinatore delle attività infermieristiche e tecniche. socio sanitarie. di riabilitazione.

di vigilanza e di Ispezione ha la responsabilità di pianificare e gestire la line infermieristica

in analogia a quanto avviene nella vicina Italia, proponendo la definizione della pianta organica infermieristica

delle unita' operative e dei servizi in collaborazione con le Caposala nonché gli indici

di sostituzione delle equipe al fine del superamento della squadra volante di sostituzione generalizzata

che appartiene ormai ad un passato in cui all'infermiere erano attribuite mansioni e non

obiettivi di salute.

Nelle modalità di lavoro che questa Direzione Generale ha impostato ci si confronta, in maniera

strutturata con un calendario annuale di incontri predisposto ad inizio anno , con i Direttori di dipartimento

negli incontri di Staff, con i Professionisti sanitari medici e infermieri e amministrativi

negli incontri Plenari .

La stessa frequenza strutturata hanno le sedute di Comitato Esecutivo alle quali sono invitati permanentemente

i membri del Collegio dei Revisori.

♀

•

•

Questa metodologia fa si che le attività progettuali e di routine vengano comunicate e condivise in

incontri occasionali e in quelli strutturati su descritti al fine di recepire in maniera costruttiva le osservazioni

di tutto il personale coinvolto.

La Direzione Generale dal 1 settembre 2014 ha introdotto le agende trasparenti condivise attraverso

relazione Caruso

le quali la segreteria inserisce gli appuntamenti di chi richiede un incontro nelle agende di ognuno dei Componenti del CE.

-

Questa trasparenza dell'attività di tutti i membri del CE serve per poter confrontare e visualizzare gli impegni al fine di una efficace e migliore ottimizzazione del tempo onde evitare spiacevoli sovrapposizioni di impegni ed appuntamenti. Il Direttore Generale riceve tutti quelli che lo chiedono senza filtro preliminare da parte del Diretto

- re Amministrativo e del Direttore Sanitario.

Questa prassi è molto inconsueta in Italia proprio per la attribuzione di responsabilità dei membri

della Direzione Generale e del Middle management.

Il processo decisionale della Direzione Generale e del Comitato Esecutivo è sempre prioritaria

- mente finalizzato all'interesse collettivo che può per forza di cose a volte collidere con qualche interesse personale o di categoria.

- 

- 

**PROCEDURE E TEMPISTICA nella GESTIONE PERSONALE ISS**

La gestione del personale ISS, conseguentemente all'emanazione delle

## relazione Caruso

norme e disposizioni in merito, è negli ultimi anni divenuta una leva gestionale che collide con le necessità dei servizi primari, essenziali e tempestivi quali quelli erogati dall'ISS.

Già la Legge istitutiva dell'ISS (165/2004), aveva recepito la necessità di una struttura burocratica snella ed efficace, ed al fine di garantire la piena funzionalità, efficacia ed efficienza dei servizi,

All'art.11 della citata legge è data la facoltà al Comitato Esecutivo, al fine di provvedere a prestazioni specialistiche o per attività professionali non presenti sul territorio, attraverso la stipula di convenzioni. Lo stesso articolo rilascia altresì al Comitato Esecutivo, in casi di particolare necessità od urgenza di funzionalità dei servizi sanitarie socio-sanitari, la facoltà di stipulare contratti a

- termine; autorizza inoltre il Direttore Generale, previa autorizzazione del Comitato Esecutivo, per particolari condizioni di lavori temporanei o comunque non stabili, a stipulare accordi nell'ambito delle leggi della Pubblica Amministrazione, finalizzati all'assunzione di personale.

A titolo di esempio si citano i diversi passaggi che il CE percorre quotidianamente per l'acquisizione di personale

1) COPERTURA POSTI TEMPORANEAMENTE VACANTI

(SOSTITUZIONI)

SOSTITUZIONI IN DEROGA



## relazione Caruso

Fino al mese di aprile 2015 l'IS8 aveva la possibilità di sostituire, per assenze diverse, il persona

., le su posti previsti dalla Dotazione Organica, ad esclusione di assenze per periodi di congedo ordinario relativo ai i soli servizi essenziali, (Personale Casa di Riposo - Colore del Grano - Personale sanitario delle condotte periferiche di Medicina di Base - Personale di cucina - Ruoli sanitari e socio-sanitari) art. 6 Regolamento n. 2/2007. Per le figure individuate era stata rilasciata deroga dal Congresso di Stato ai sensi dell'art.35 della Legge 112/2002 .

..

♀

..

..

•

•

•

..

..

..

## relazione Caruso

Successivamente con delibera del Congresso di Stato n. 27 del 14 aprile 2015, sono state ampliate le deroghe preventive comprendendo anche ai posti di medico, infermiere, tecnico sanitario (Assistente sanitario - Dietista - Assistente oftalmologia - ostetrico - Terapista della riabilitazione Tecnico sanitario di radiologia medica - Tecnico Specializzato Laboratorio Analisi - operatore Chimico - Terapista della Riabilitazione) e Operatore sanitario (OTA) , deroghe da intendersi per tutti i servizi ISS fino al 31 dicembre 2015

Con delibera del Congresso di Stato n. 21 del 10 dicembre 2015 "Disposizioni di carattere generale in merito a distacchi, incarichi e sostituzioni in scadenza al 31 dicembre 2015" vengono confermate le deroghe già previste ex art.6 del regolamento n. 2/2007 comprese quelle contenute nella delibera n. 27 del 14 aprile 2015 per i servizi ISS espressamente indicati e fino al 31 dicembre 2016.

In tal caso il percorso di sostituzione è sicuramente più veloce:

- richiesta del Direttore di UOC e/o del Coordinatore delle Professioni Infermieristiche T.S.S.
- parere del Direttore del Dipartimento
- autorizzazione del Comitato Esecutivo

- Chiamata diretta dalle Pubbliche Graduatorie da parte dell'Ufficio del Personale
- Legittimazione dell'atto (art. 27 Legge n.68/89)

## 2)SOSTITUZIONI NON IN DEROGA

Per i dipendenti non soggetti a deroga, il percorso di sostituzione risulta più complesso.

- Richiesta del Direttore di UOC e/o del Coordinatore delle Professioni Infermieristiche T.S.S.
- parere del Direttore del Dipartimento

•

autorizzazione del Comitato Esecutivo

- parere preventivo del Consiglio di Direzione (delibera Congresso di Stato n.4 del 6/8/2013)
- autorizzazione del Congresso di Stato (art.73 Legge 194/2010)
- Chiamata dalle Pubbliche Graduatorie da parte dell'Ufficio del Personale o stipula contratto di lavoro nel caso di indisponibilità di personale iscritto nelle liste di collocamento (art.15 Legge 106/93)
- Legittimazione dell'atto (art. 27 Legge n.68/89)

## 3)SOSTITUZIONI INTERNE

Le sostituzioni interne su posti previsti dalla 0.0. vengono attivate sulla base del regolamento 2/2007 e della delibera del Congresso di Stato n.4 del 6 Agosto 2013, nella misura massima del 40% del personale dimesso / collocato a riposo nell'anno di riferimento, con il seguente iter burocratico:

## relazione Caruso

- richiesta del Direttore di UOC e/o del Coordinatore delle Professioni Infermieristiche T.S.S.

- parere del Direttore del Dipartimento

- 

autorizzazione del Comitato Esecutivo

- 

richiesta parere preventivo al Consiglio di Direzione (delibera Congresso di Stato n.4 del 6/8/2013)

- 

Legittimazione dell'atto (art. 27 Legge n.68/89)

♀

- 

..

- 

- 

- 

-

## relazione Caruso

•

..

### 4)COPERTURA POSTI DEFINITIVAMENTE VACANTI

#### (INCARICHI)

Nel caso di copertura posti definitivamente vacanti (pensionamenti, dimissioni), al percorso sopra indicato, nei diversi casi, si deve aggiungere un ulteriore passaggio riferito alla dichiarazione di mantenimento del posto di competenza del Collegio di Direzione dell'ISS.

Per cui nel caso di copertura di posti in deroga:

- richiesta del Direttore di UOC e/o del Coordinatore delle Professioni Infermieristiche T.S.S.
- parere del Direttore del Dipartimento
- dichiarazione di mantenimento del posto da parte del Collegio di Direzione ISS (Legge 188/2011 e disposizione del Consiglio di Direzione)
- autorizzazione del Comitato Esecutivo
- Chiamata diretta dalle Pubbliche Graduatorie da parte dell'Ufficio del Personale

- Legittimazione dell'atto (art. 27 Legge n.68/89)

Nel caso di copertura posti non in deroga:

- richiesta del Direttore di UOC e/o del Coordinatore delle Professioni Infermieristiche T.S.S.

## relazione Caruso

- parere del Direttore del Dipartimento/Coordinatore
- dichiarazione di mantenimento del posto da parte del Collegio di Direzione ISS (Legge 188/2011 e disposizione del Consiglio di Direzione)
- autorizzazione del Comitato Esecutivo
- parere preventivo del Consiglio di Direzione (delibera Congresso di Stato n.4 del 6/8/2013)
- autorizzazione del Congresso di Stato (art.73 Legge 194/2010)
- Chiamata dalle Pubbliche Graduatorie da parte dell'Ufficio del Personale o stipula contratto di lavoro nel caso di indisponibilità di personale iscritto nelle liste di collocamento (art.15 Legge 106/93)
- Legittimazione dell'atto (art. 27 Legge n.68/89)

I percorsi sopra indicati. richiedono, in termini di tempo, per l'acquisizione delle autorizzazioni, periodi che ritardano spesso le risposte alle necessità dei reparti e dei servizi dell'ISS.

(Un esempio potrebbe essere il caso di un infermiere turnista assente per malattia.

l'autorizzazione alla sostituzione con i percorsi di legge sopra indicati, risulta essere in media di 3 mesi circa)

## 5)CONTRATTI E INCARICHI PER POSTI NON PREVISTI

La dotazione di personale dell'ISS è normata dalla Legge 106/93. Da tale data tutte le attività ed i servizi previsti hanno subito un progressivo ampliamento per il quale si è reso necessario nel tempo, il reperimento delle risorse umane e professionali per i posti non ricompresi nella Dotazione Organica. A tal fine gli organismi preposti alla gestione dell'ISS, nell'ambito delle norme al tempo

## relazione Caruso

vigenti, hanno adottato lo strumento del contratto di lavoro a tempo determinato e/o delle convenzioni per rapporti libero professionali. Tale ampliamento, è seguito negli anni a precise esigenze, sia in relazione allo sviluppo della clinica medica, sia dell'attività assistenziale, sia delle metodiche chirurgiche e sia ai bisogni socio-sanitari della popolazione.

Con l'entrata in vigore del Decreto 1/2010 conseguente alla legge 165/2004 "Riordino degli Organi Istituzionali dell'ISS, è stato introdotto nell'ISS un nuovo modello organizzativo dipartimentale, suddiviso per articolazioni organizzative e funzionali. Per garantire le nuove esigenze di salute si è reso necessario mantenere in servizio, non solo il personale già in forza, ma altresì reperire con gli strumenti normativi a disposizione, le professionalità e le risorse necessarie a garantire la piena operatività dei nuovi servizi istituiti con il citato Decreto .

♀

•

•

-

•

•

-

## relazione Caruso

Il Comitato Esecutivo in merito a quanto sopra segnalato ha recepito nel Fabbisogno, già presentato agli organismi preposti all'approvazione del documento, le necessità e bisogni dei servizi, riorganizzati in forma dipartimentale.

A tutt'oggi, e fino all'approvazione del Fabbisogno, gli strumenti normativi a disposizione per l'acquisizione di personale, sono:

- Attivazione Allegati "D" - (art.4 lettera c) della Legge 108/90 )
- Contratti di lavoro (art.11 comma 6) Legge 165/2004)

Percorso di attivazione di un incarico su posto non previsto (All."D"):

- Richiesta motivata del Direttore di UOC sulle necessità di dotarsi della figura professionale supportata da dati di attività, e/o del Coordinatore delle Professioni Infermieristiche T.S.S.
- Parere del Direttore di Dipartimento
- parere preventivo del Consiglio di Direzione (delibera Congresso di Stato n.4 del 6/8/2013)
- autorizzazione del Congresso di Stato ( Legge 108/90 - art.73 Legge 194/201 O)
- stipula accordo sindacale (Legge 108/90)
- Chiamata dalle Pubbliche Graduatorie da parte dell'Ufficio del Personale o incarico interno (ai sensi del Regolamento 2/2007),
- Legittimazione dell'atto (art. 27 Legge n.68/89)

L'attivazione degli allegati "D" ha tempi di perfezionamento sempre troppo lunghi rispetto alle esigenze dei servizi



## relazione Caruso

Percorso di attivazione di un contratto su posto non previsto:

- Richiesta motivata del Direttore di UOC sulle necessità di dotarsi della figura professionale richiesta, supportata da dati di attività, e/o del Coordinatore delle Professioni Infermieristiche T.S.S.
- Parere del Direttore di Dipartimento
- Autorizzazione del Comitato Esecutivo
- parere preventivo al Consiglio di Direzione (delibera Congresso di Stato n.4 del 6/8/2013)
- autorizzazione al Congresso di Stato ( Legge 108/90 - art.73 Legge 194/2010)
- Copertura del contratto con personale iscritto nelle liste di collocamento e/o con personale esterno in caso di indisponibilità
- Legittimazione dell'atto (art. 27 Legge n.68/89)

## 6)(OLLABORAZIONI PROFESSIONALI

### CONVENZIONI - CONTRATTI DI CONSULENZA

Il Comitato Esecutivo, può attivare convenzioni e/o rapporti di collaborazione libero professionale con professionisti e consulenti in caso di necessità, ai sensi dell'art.11 comma 5 della Legge 165/2004.

Percorso di attivazione di un rapporto libero professionale

Richiesta motivata del Direttore di UOC sulle necessità di dotarsi della figura professionale richiesta, supportata da dati di attività, e/o del Coordinatore delle Professioni Infermieristiche

## relazione Caruso

T.S.S.

- 

Parere del Direttore di Dipartimento

♀

- 

- 

- 

- 

„

-

..

- 

- 

..

- autorizzazione del Comitato Esecutivo (art.11 comma 5 della Legge 165/2004)
- autorizzazione del Congresso di Stato (art. 73 Legge 168/2009)

## relazione Caruso

- legittimazione dell'atto (art. 44 Legge n.150/2012)

Tutte le tipologie di rapporti di lavoro sopra indicate vengono di norma autorizzate dal Congresso di Stato, e/o dalle disposizioni/norme (vedi Leggi di Bilancio), fino al 31 Dicembre di ciascun anno.

Ciò provoca nei professionisti ansia da precarietà che si ripercuote anche sul buon andamento dei servizi sanitari. Negli Uffici amministrativi, dover peraltro il numero dei dipendenti negli anni è stato portato ai minimi termini dal blocco delle assunzioni, ciò crea un surplus di lavoro difficilmente gestibile.

Situazione del personale Amministrativo 155 descritta nella relazione di accompagnamento del fabbisogno

Le qualifiche di Esperto che oggi rappresentano il più alto livello amministrativo presente nelle unità operative amministrative dell'ISS necessitano già loro stesse di una formazione e refreshing sulle tematiche amministrative, sul cambiamento, sul team building, sulla responsabilizzazione in generale e nella istruzione dei procedimenti propedeutici alle delibere del Comitato Esecutivo.

Già questa Direzione ha messo in campo nel 2015 e che ripeterà nel 2016, un'azione formativa su questi temi cui hanno partecipato e parteciperanno le figure amministrative. Gli stessi Esperti che nel Profilo di Ruolo devono possedere la Laurea, ad oggi non la possiedono.

Questa attività formativa proseguirà nel 2016, ma non è sufficiente di per sé alla creazione di una cultura amministrativa e gestionale adeguata a fare da supporto e da

## relazione Caruso

scheletro all'attività sanitaria .

Ad avviso di chi scrive, il livello della componente amministrativa all'interno dell'ISS e' da implementare si nel campo delle competenze ch della motivazione.

Cio' e' frutto, evidentemente, di strategie tecnico-politiche passate, che hanno pensato a creare rispettabilissimi posti di lavoro ma che non si sono sufficientemente preoccupate di accompagnare ai numeri una adeguata azione formativa riqualificata professionalizzante.

La recente politica, poi, di riduzione nel blocco delle assunzioni nel settore amministrativo ha dato origine ali' "escamotage" del reperimento di personale amministrativo attraverso l'assunzione temporanea mediante contratto privatistico, il che ha portato all'inserimento frequente di personale non sempre in possesso dei requisiti professionali richiesti per le posizioni da ricoprire. Molte di queste unità sono rappresentate ed incluse negli esuberi/sovranumerari Inoltre il Decreto Delegato n.1 /2010, Atto Organizzativo, istituisce posizioni organizzative ma non integra nella posizione che istituisce, la relativa qualifica con il problema, spesso presente, di figure che ricoprono posizioni organizzative alte e di responsabilita' senza corrispettiva qualifica e corrispondenti inquadramenti in pianta organica.

### Gli Accordi e consulenze

In riferimento a tale argomento poiché la Vision dell' ISS e' quella di

## relazione Caruso

aprirsi all'esterno limitrofo in una ormai improcrastinabile relazione di Rete, la Direzione Generale previo indispensabile lavoro delle segreterie di Stato competenti e dell'Authority sanitaria, ha steso nell'ambito degli accordi già esistenti (Emilia Romagna- Lombardia e in itinere Marche) protocolli di scambio di prestazioni, professionisti, attività di formazione e pazienti.

In particolare l'accordo con la Ausl Romagna si è reso necessario all'insediamento di questa Direzione generale (settembre 2014) perché il vecchio accordo con l'USL di Rimini che si è trovato era inapplicabile in quanto dal 1 gennaio 2014 si era già costituita la nuova azienda con diversa

♀

..

•

..

-

•

•

•

## relazione Caruso

..

personalità giuridica, quindi tutti i consulenti che venivano da Rimini si trovavano fuori da normativa ed autorizzazione.

Il nuovo accordo ha introdotto una importante novità e cioè la possibilità che oltre ai nostri cittadini anche cittadini italiani possano recarsi presso le nostre strutture in un accordo fra le parti e per determinate specialità. oltre a permettere lo scambio di professionisti medici e non. per attività di cui abbiamo particolarmente bisogno.

A titolo di esempio stiamo effettuando i prelievi di Laboratorio per due Case di Cura private di Forlì ed è in corso un sondaggio interessante con tutto il Privato Romagnolo per effettuare prestazioni di laboratorio attraverso il nostro servizio che garantisce qualità e sicurezza ed è riconosciuto in Romagna per la sua correttezza ed attendibilità analitica ai sensi dei controlli di qualità. Questo può incrementare le entrate dei flussi in quanto possono aggiungere all'introito attuale di questa attività con il privato forlivese che al momento è di 200.000 euro anno circa.

Il sistema degli accordi prevede l'accordo con la Romagna, quello con Irccs di Meldola, in itinere con l'istituto dei Tumori di Milano per i tumori più rari e per secondi pareri, e in un prossimo futuro con le strutture delle Marche e con ospedali monospecialistici pediatrici

## relazione Caruso

(Gaslini, Buzzi, Bambin  
Gesù) oltre a Policlinici quali Sant'Orsola.

Tale sistema si sviluppa nella logica di accompagnare il paziente (presa in ca.rico) con accordi fatti a monte per ridurre la mobilità passiva "sgovernata" ed evitare che i pazienti girino da soli alla ricerca di secondi pareri e di seconde opinioni senza un filo conduttore ed un "agente" che e' rappresentato dal loro medico di base o specialista a San Marino.

Il cittadino non si accorge di nulla e non paga niente ma sono le Direzioni rispettive che si accordano sulle tariffe; queste sono rappresentate per il pubblico dalle tariffe DRG e da quelle previste dal Nomenclatore tariffario del 1996 e successivi aggiornamenti.

Nell'ambito di questi accordi è stata reperita una figura amministrativa dall'Azienda Unica di Romagna esperta nella gestione delle Convenzioni con esterni e dei rapporti con le strutture convenzionate Italiane che hanno una loro ricca normativa di riferimento che va conosciuta, pena la nullità dei contratti.

Tale funzione in ogni azienda italiana è prevista nell'ambito di un ufficio convenzioni che a San Marino non esisteva e al momento non esiste, pur essendo molte le convenzioni attive sia con il pubblico che con il privato.

La collaborazione temporanea che utilizziamo dall'USL Romagna si chiama Andreina Mosca, ha

## relazione Caruso

competenza in questo settore avendoci lavorato da molti anni; la stessa riceve la tariffa oraria del comparto prevista nell'accordo, 123 euro lordi ali' ora di cui al professionista vanno 60 euro e l'altro 40% va in oneri, e i cui accessi sono mediamente 4/6 al mese.

Il lavoro che la stessa ha portato avanti in tutto il 2015 ha permesso un risparmio complessivo sulle convenzioni di 500.000 euro.

Come piu' volte espresso anche in sedi pubbliche risorse amministrative di questo tipo non ci sono ali' ISS e quelle presenti in ufficio personale non sono in grado di svolgere altre attivita', si a perché si tratta di conoscere normative italiane molto specifiche e sia anche per carico di lavoro delle stesse presenti.

La Direzione Generale ha chiesto gia' dal 2014 la copertura di un posto di laureato per la gestione delle risorse umane con interpello presso la PA.

Si e' in attesa dello svolgimento di detto interpello. Una volta che tale unita' amministrativa di alto livello sara' arrivata dovra' sostenere un formazione in questo settore e a quel punto la Direzione potra' fare a meno di questa temporanea collaborazione con la Romagna .

♀

•



## relazione Caruso

..

•

..

..

•

..

•

..

Tutti i nominativi dei consulenti non li sceglie l'ISS ma un volta richiesto da ISS cosa serve, e' la Direzione di Azienda Romagna ad indicare il nominativo, per owi equilibri interni di carico di lavoro e disponibilita' del personale indicato appartenente a quella Azienda.

Questo è il motivo per cui la delibera ISS non contiene nomi ma funzioni e tariffe e non perché l'ISS nasconda dal portale le delibere che pubblica costantemente così come le approva il CE; a volte il ritardo è dovuto ai tempi dell'Ufficio che carica ed alla formalizzazione di tutti gli aspetti tecnici

relazione Caruso  
e contrattuali connessi all'oggetto della delibera.

## CONSIDERAZIONI SUL SISTEMA DELLE CONVEZIONI CON CRITICITA' CHE SI SONO TROVATE AL 1 SETTEMBRE 2014

\I personale medico che, secondo le diverse tipologie contrattuali, presta servizio presso l'I.S.S. è così suddiviso:

Allegati D n.1

Contratti n.49

Inc.posti vacanti n.4

Ruolo n.80

Sostituti n.8

Convenzioni n.27

Oltre questo personale da anni l'ISS ha fatto ricorso a rapporti di convenzione con Aziende Pubbliche italiane e/O liberi professionisti a progetto o a prestazione occasionale.

Per gli anni antecedenti il 2015 non è stato possibile ricostruire un dato numerico certo ( non essendoci specifici atti per tutti i professionisti) e solo dalle voci di Bilancio che I ISS ha liquidato nel 2014 alla voce " consulenze e collaborazioni professionali " e "compensi altro personale non dipendente" si conta una somma pari a circa Euro 614.000,00 .

## CRITICITA'

Le criticità rilevate sono state:

- mancanza di una rilevazione oggettiva delle richieste dei Direttori di UOC avvallate dal Direttore di Dipartimento
- assenza in molti casi della formalizzazione degli atti con conseguente mancanza della doverosa informazione agli uffici competenti per la copertura assicurativa/legale
- mancanza di una oggettiva rilevazione della presenza del professionista
- tariffe economiche orarie molto difformi da una Azienda Sanitaria ad un'altra oltre che tra i diversi professionisti a volte spesso anche della stessa disciplina.

A partire dal mese di dicembre 2014 e per l'anno 2015 si è provveduto a mappare in collaborazione con i Direttori di UOC sia per l'ambito ospedaliero che socio-sanitario tutti i rapporti in essere sia con le Aziende Sanitarie Italiane sia con i liberi professionisti chiamati singolarmente, a svolgere incarichi occasionali .

♀

..

•

.,

..

•

## relazione Caruso

- 

Si è dato atto della difficoltà spesso riscontrata nel reperimento di personale sia all'interno della graduatorie sammarinesi sia all'esterno su territorio italiano.

Per sopperire alla mancanza di professionisti per certe branche specifiche come l'elettrofisiologia, l'ecodoppler, la neuroradiologia etc e tenuto conto che la maggioranza dei rapporti erano in essere con l'Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna in accordo con le Direzioni Generali,

In virtù del sopra richiamato accordo si è stabilito che per ogni consulenza relativa ad una specifica branca specialistica fornita dall'Azienda Sanitaria Pubblica Romagnola venisse fatto apposito atto ratificato da entrambi gli Enti applicando le medesime tariffe stabilite nell'accordo uguali per tutti i professionisti, prevedendo copertura assicurativa e rilevazione dell'orario con cartellino marcatempo a garanzia delle prestazioni erogate presso l'ISS anche dal punto di vista medico legale .

### RISULTATI

Maggiore controllo sulle prestazioni quali quantitative erogate presso l'ISS, maggiore trasparenza sui rapporti di collaborazione con professionisti esterni, maggiore controllo dei costi.

## relazione Caruso

La spesa per l'anno 2015 è stata pari a circa euro 372.000 un risparmio stimato di circa euro 242.000 rispetto all'anno 2014. Per il 2016 è previsto un ulteriore contenimento della spesa pubblica pur salvaguardando la qualità delle prestazioni sanitarie erogate, estendendo il compenso della tariffa oraria come concordato con l'Azienda USL della Romagna anche ad altre Aziende Sanitarie della Regione quali Ferrara e Bologna

### Convenzioni con Enti Privati

Le strutture private che forniscono prestazioni ambulatoriali e di ricovero non erogate dall'ISS agli assistiti come ad esempio prestazioni di Salute Mentale inserimento in strutture protette in favore di donne con minori ,donne che hanno subito violenze, trattamenti riabilitativi,diagnosi di malattie genetiche.

### CRITICITA'

. Le criticità rilevate sono state:

- mancanza di una rilevazione oggettiva delle richieste dei Direttori di UOC avvallate dal Direttore di Dipartimento e Socio Sanitario
- assenza in molti casi della formalizzazione degli atti con conseguente mancanza della doverosa informazione
- presenza di tariffe economiche difformi

### RISULTATI

Maggiore controllo sulle prestazioni quali quantitative erogate presso le

## relazione Caruso

Strutture Private,  
maggiore trasparenza sui rapporti di collaborazione. maggiore controllo  
dei costi. La spesa  
per ,l'anno 2015 è stata pari a circa euro 1.876.000 con un risparmio stimato  
di circa  
euro 271.000 rispetto all'anno 2014 che ha visto una spesa complessiva  
pari ad euro

♀

•

..

..

..

..

..

..

..

..

2.217.000 . Per il 2016 è previsto un ulteriore contenimento della spesa  
pubblica pur salvaguardando  
la qualità delle prestazioni sanitarie erogate

Complessivamente quindi nelle convenzioni con soggetti pubblici e privati  
nel 2015 si

relazione Caruso

sono risparmiati 513.000 euro

Spesa sanitaria procapite Italia

anno 2013 e 2014

Per "spesa pubblica pro capite", si intende l'ammontare delle risorse monetarie utilizzate in media

per ogni individuo di una data regione, e di conseguenza dell'intera nazione, per far fronte all'ero

gazione di servizi di assistenza sanitaria per un periodo di riferimento.

Nel 2013 la spesa sanitaria pubblica pro capite è stata di 1.816 euro, spesa che, se confrontata

con altri Paesi con sistema sanitario assimilabile 88N o con connotati diversi, pare collocarsi su

valori decisamente bassi.

A livello nazionale, la spesa pubblica pro capite si è ridotta dello 0,8% medio annuo nel periodo

2010- 2013 e addirittura dell'1 ,5% nel 2013. Nel 2013 il totale della spesa sanitaria pubblica, per

l'Emilia Romagna è stato del 5,86% del Pii, terzo in classifica (in termini positivi) dietro a Lombar

dia (5,33%) e Veneto (5,76%). Le ultime sono invece state la Sicilia (10,32%) la Campania

## relazione Caruso

(10,38%) e il Molise (10,42%).

In Emilia Romagna la spesa procapite sanitaria per i cittadini residenti è aumentata dello 0,29%

passando da 1.935,06 euro del 2013 a 1.940,61 euro del 2014.

### Spesa procapite San Marino

La spesa Procapite a San Marino nel 2014 si attesta sui 2.274 Euro procapite e la spesa sanitaria si attesta sul 5,5% del PIL.

### Standad quantitativi e qualitativi

11 numero di Medici che si sono dimessi volontariamente dal 1 gennaio 2013 al 15 febbraio 2016

secondo gli unici dati ufficiali disponibili che sono quelli che provengono dall'Ufficio Personale dell'IS8,

su 138 medici sono 21 di cui 4 in Medicina Interna, 3 in Ortopedia, 9 in Ostericia e Ginecologia,

2 in Pediatria, 1 in P8, 1 in radiologia e 1 in Salute Mentale. di questi 1 e' stato solo 1 giorno .

Nello stesso periodo due ulteriori medici hanno richiesto un periodo di aspettativa e quindi a tutti gli effetti normativi hanno ancora la possibilita' di rientrare ed il loro posto e' solo temporaneamente vacante.

Il Turn over di medici nell' 18S che si è trovato, e' in linea con quello rilevabile in altri ospedali di piccole dimensioni della stessa Emilia Romagna.

In Italia il recente decreto Balduzzi (70/2015) e relativo regolamento applicativo sugli standard



relazione Caruso

qualitativi, strutturali, tecnologici, quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, che verra' ripreso anche dai nuovi istituendi standard di accreditamento regionali, cui ad oggi San Marino si ispirato come testimonia la legge sull'accREDITAMENTO obbligatorio N.70 del 2005 .

Il documento italiano, cui gli standard del nuovo accREDITAMENTO si dovranno adeguare, si propone molteplici finalit : aumentare la qualit  dell'assistenza, la sicurezza delle cure e l'uso appropriato delle risorse, concentrando le attivit  dell'ospedale nei confronti di patologie "ad insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale, ovvero di gestione di attivit  programmabili che richiedono un contesto tecnologicamente ed organizzativamente articolato e complesso" .

♀

•

•

•

•

•

•

•

•

## relazione Caruso

..

Riprendendo quanto espresso nella Legge 135/2012 ("Spending Review"), il numero massimo di posti letto ospedalieri per acuti, considerando congiuntamente presidi pubblici e privati accreditati, viene individuato in 3 per mille abitanti (numero che viene aggiustato in base a fughe ed attrazioni extraregionali); il tasso di ospedalizzazione in 160 per mille abitanti; l'indice di occupazione posto letto tra 80% e 90%; la durata media di degenza inferiore ai 7 giorni.

Vengono definiti tre tipi di presidi:

Presidi ospedalieri di base (bacino di utenza 80.000 - 150.000 abitanti), dotati di Pronto

Soccorso e delle seguenti specialità: Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia,

Anestesia e servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità

sulle 24 ore (h.24) di Radiologia, Laboratorio, Emoteca. Devono essere dotati, inoltre, di

letti di "Osservazione Breve Intensiva".

Presidi ospedalieri di I livello (bacino di utenza 150.000-300.000 abitanti), dotati delle

seguenti specialità oltre a quelle presenti nei presidi di base: Ostetricia e Ginecologia (se

prevista per numero di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con Unità di Terapia Intensiva

Cardiologica (U.T.I.C.), Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria,

Urologia.

Presidi ospedalieri di II livello (bacino di utenza 600.000-1.200.000 abitanti), dotati di

DEA di secondo livello e di strutture che attengono anche alle discipline più complesse.

## relazione Caruso

Conseguentemente a quanto scritto, sono stati stabiliti i bacini di utenza delle varie specialità.

Si trovano inoltre esplicitate, per alcune procedure, soglie minime di volume di attività (ad es. minimo 75 interventi chirurgici annui per frattura di femore per Struttura complessa) e soglie di rischio di esito (ad es. minimo 60% di interventi chirurgici entro 48h su persone con fratture del femore di età  $\geq 65$ ).

/I documento prosegue individuando come modalità di integrazione fra ospedali e fra ospedale e territorio l'applicazione delle reti per patologia che, quando necessario, si dovranno organizzare secondo il modello hub & spoke (reti).

/I finale del documento si dedica brevemente alla continuità ospedale-territorio riaffermando quanto più volte già detto, ovvero che senza un potenziamento delle strutture territoriali si avranno "forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale",

Quindi è importante e necessario un riassetto dell'assistenza primaria, di quella domiciliare e di quella residenziale.

Del Resto non esiste un'opinione univoca su quanti debbano essere i posti letto per abitante in un Sistema Sanitario ed il motivo è che più che i posti letto conta come è organizzato tale Sistema.

D'altro canto già dal 1959 il dr. Milton I. Roemer elaborava quella che poi sarebbe stata definita come "Legge di Roemer": "A built bed is a filled bed" ovvero che in un sistema con terzo pagante (SSN, assicurazioni, etc) l'offerta di posti letto ospedalieri influenza la domanda.

## relazione Caruso

Questa legge è ancora oggi confermata come si può vedere dai dati dei paesi OECD che si riportano nella Figura sottostante (è evidente la relazione tra le due variabili) e dalla recente letteratura.

♀

• Figura 1. Rapporto tra posti letto ospedalieri e tasso di ospedalizzazione

•

•

”

1 •

1

I)

ti W.<l lt.nXi l"IXtl JL.JIOO iXt.l.l )aw

D.....~...mrI\_\_ib.

..

\_\_~l

• ì

Si aggiungache esistono nuove tecnologie come la telemedicina e nuove forme di assistenza in certi casi più appropriate per i pazienti programmati (day hospital, day service) o per i cronici-fragili lungodegenti (strutture residenziali), l'aumento del numero di posti letto può non essere considerata

## relazione Caruso

- to una priorità.

Quanto scritto prevede però che awenga un rafforzamento delle cure primarie,

Un ultimo appunto deve essere fatto su volumi ed esito delle attività, nel contesto europeo.

### MEDICI

- 
- 

L'assenza a livello normativa sammarinese di una contrattualistica medica separata dagli altri di

pendenti della PA e l'assenza di contratti a tempo indeterminato, previo concorso pubblico, come prima modalita' di reclutamento del personale medico alternativa ali' incarico a tempo determinato, inibisce oggi l'accesso a giovani neo specialisti italiani che ambiscono ad una stabilizzazione immediata.

E' pur vero che questa assenza, tutela la stabilizzazione della mano d'opera medica sammarinese

- in primis, ma l'effetto sugli specialisti giovani italiani e' quello cui stiamo assistendo.

Proprio in riferimento alla questione medica la Direzione dell'ISS ha condiviso con la Segreteria

competente nel settembre 2014, la necessita' di adottare subito un provvedimento legislativo che

almeno coprisse il gap di assenza del contratto a tempo indeterminato con

## relazione Caruso

un contratto pluriennale

(3\_5 Anni).

Cio' in quanto la risorsa medica a San Marino e' quasi inesistente sia ora che allora, e il recluta

- 

mento obbligatorio dalla vicina Italia porta i medici a paragonare tipologie di contratto e modalità retributive, coperture previdenziali e possibilità di libera professione anche dopo la quiescenza, diverse, essendo che in Italia esiste un CCNL specifico per i medici che viene aggiornato ogni 5 anni circa nella parte normativa ed economica, con una retribuzione basata sia sulla valorizzazione

..

♀

- ne delle posizioni che sull'attribuzione di un salario di risultato che valorizzi la posizione in primis ed il raggiungimento degli obiettivi in secundis.

Tra le motivazioni oggettive che inducono i medici a lasciare l'Istituto a tutt'oggi, nonostante l'applicazione del prolungamento della durata contrattuale possono essere annoverate:

- 

- aspetto previdenziale legato al tetto massimo annuale

## relazione Caruso

- divieto di poter esercitare l'attività dopo il pensionamento. motivazione quest' ultima valida soprattutto per i medici vicini alla pensione che hanno costruito o possono costruirsi nell'ultima fase della carriera lavorativa un reddito da lavoro indipendente

-

-

- casistica limitata dalla epidemiologia legata ad un bacino di utenza molto piccolo per un medico soprattutto di specialità chirurgica

- valutazioni personali e familiari legate al ricongiungimento familiare
- tempi lunghi per ottenere la residenza e necessità di pluriennalita' nel contratto per ottenerla .  
condizione questa che fino al gennaio 2016 non era contemplata e che ha provocato delle dimissioni volontarie
- eventuali divergenze o incompatibilità ambientali con l'equipe

..

..

- possibilità in Italia per i più giovani. cioè quelli con anche 1 solo anno di anzianità di poter vincere concorsi per stabilizzazioni definitive a tempo indeterminato. e assenza di questa possibilità in San Marino

- il recepimento attuale obbligatorio per l'Italia della normativa europea sull'orario di lavoro ha determinato la riattivazione di graduatorie italiane in unità operative specialistiche limitrofe nelle quali sono presenti molti nominativi di medici che lavorano presso le nostre unità operative e

## relazione Caruso

- che già a partire dal lontano 2010 avevano fatto domande in ospedali italiani ( infatti alcune graduatorie che sono in chiamata si riferiscono al 2010)

Per tutti questi motivi nell'anno 2015 si è vista la costituzione, voluta da parte del Congresso di Stato, di un'apposita "Commissione di studi sulle modifiche normative per la soluzione delle problematiche dell'ISS "(Delibera N.23 del 31 agosto 2015)

-

Quindi la risposta alla domanda, ma a San Marino date le piccole dimensioni e i piccoli numeri medici neospecialisti è impossibile trovarne in futuro?

La risposta e' no , è ancora possibile ma come hanno già fatto i piccoli ospedali con ad esempio quelli con piccoli punti nascita, il cui livello di soglia minimo in italia e' 500 parti/anno, bisogna inevitabilmente costruire delle reti con gli ospedali limitrofi piu' grandi, in questo caso piu' vicini,

-

..

..

(Ausl Romagna) al fine di condividere anche le risorse medico per attivita' di guardia e di reperibilita'.

A tal proposito già con il Direttore di Dipartimento Materno Infantile di tutta la Romagna che gestisce circa 8000 parti anno fra tutti i punti nascita, la Direzione Generale ha ragionato su una possibile condivisione di risorse mediche dal momento che ad esempio nella equipe di Rimini ci sono 6



## relazione Caruso

medici che sono stati in precedenza a San Marino e quindi conoscono già la realtà e non hanno

bisogno di periodi di formazione, così come si fa già in realtà con piccoli punti nascita emiliani tipo

Castelnouvo Monti in provincia di Reggio Emilia, etc ..

•

..

♀

per la definizione degli specialisti che devono essere presenti in un ospedale

A titolo di esempio si citano le strutture previste dagli standard su 1 milione di abitanti dal regolamento

Balduzzi su citato:

### BACINO UTENZA MINIMO BACINO UTENZA MASSIMO

Chirurgia Vascolare 400.000 ab. 800.000 ab.

Ematologia 600.000 ab. 1.200.000 ab.

Malattie Infettive 600.000 ab. 1.200.000 ab.

•

Neurochirurgia Brain 600.000 ab. 1.200.000 ab.

..

..

## relazione Caruso

Cardiochirurgia 600.000 ab . 1.200.000 ab.

E' chiaro che l'ospedale di San Marino e' un ospedale di Stato e come tale ha molte specialita' che in italia sono presenti solo con range minimi di 80.000 -150.000 abitanti, ed anche le specialita' a

- bacino di utenza piu' grande sono garantite attraverso consulenti, accordi e convenzioni.

In questa ottica il concetto di rete e apertura alle strutture limitrofe delle regioni vicine e' tecnicamente imprescindibile per il mantenimento e la garanzia degli standard qualitativi con i quali saremo valutati perche' le strutture sammarinesi possano essere definitivamente accreditate a partire dal 2016 e nel 2017, dai valutatori esterni.

- 

### ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE.

- 

- 

Tale attivita' viene svolta sulla base del Decreto 16 /12/1991 n. 153 agli articoli n.3 e .n.14 attraverso una regolamentazione gestionale necessaria al fine di evitare disservizi organizzativi e criticità medico legali.

Si sono fatti verificati negli anni passati alcuni casi di personale medico che è stato oggetto di esposto/ denuncia per attivita' libero professionale effettuata in strutture esterne anche in condizioni di assenza del regolamento.

## relazione Caruso

questo significa che la libera professione veniva effettuata anche in assenza del regolamento dal regolamento che oggi è in vigore e che si è reso, per i motivi su esposti, necessario.

- 

Gli importi dell'attività 2015 sono stati:

1.300.000 euro per libera professione intramuraria allargata

300.000 euro per libera professione intramuraria

- 

..

♀

..

..

- 

..

..

## ACCORDO SU MODIFICA ORARIO DI LAVORO

Nel 2014 si è speso circa 1 milione di Euro per straordinario in pronta

## relazione Caruso

disponibilita' con un 50%

circa per la categoria dei medici e un 50% per il personale infermieristico e tecnico non medico.

Questo dato e' anomalo nella sua ripartizione medici e comparto

Infatti mentre I medici sono pagati per le ore effettivamente lavorate in straordinario, la reperibilita'

del personale sanitario non medico e del personale tecnico del Servizio Tecnico, per la Delibera di

Congresso di Stato n.9 del febbraio 1981, ha un riconoscimento economico minimo di 2 ore ad

ogni chiamata indipendentemente dal tempo effettivamente prestato in chiamata di pronta

disponibilita'.

Questa Direzione anche in ottica di Spending Review ha nell'estate 2015 presentato ai sindacati

una proposta di Accordo sulla modifica dell'orario di lavoro che e' ad oggi ancora alla loro

valutazione.

La sintesi di queste proposte si riassume in questi principali punti:

- Proposta di modifica Delibera Congresso di Stato n.18 del 23 febbraio 1981 (pagamento durante reperibilità di due ore di straordinario a chiamata per personale sanitario non medico) .

La revisione della Delibera n.18 del 23 febbraio 1981 ricondurrebbe gli straordinari in reperibilità

alla effettiva presenza in servizio (e non ad una quota forfettaria di 2 ore), riconoscendo nel

computo delle ore il tempo viaggio di 1 ora (30 min.and. e 30 min. rit).

Tale modifica porterà ad un

risparmio molto importante e a una omogeneità di trattamento fra medici ed infermieri e tecnici

in pronta disponibilita' . .

- Razionalizzazione degli orari di servizio, uniformando gli orari di entrata

## relazione Caruso

è di uscita dei professionisti medici, infermieri e tecnico sanitari del Dipartimento Ospedaliero prevedendo l'orario flessibile di entrata dalle ore 07.30 e di uscita alle ore 19.30 (con flessibilità in entrata ed in uscita di 0,30 minuti) dal lunedì al sabato. Sviluppo dell'orario su 6 giorni lavorativi alla settimana per i reparti e su 5 giorni lavorativi alla settimana per gli ambulatori a parte alcune motivate eccezioni (lunghi tempi di attesa) che potrebbero prevedere la distribuzione dell'orario su 6 giorni alla settimana. Reperibilità dalle ore 13,30-14,00 del sabato alle ore 8.00 del lunedì mattina, con garanzia del giro visite la domenica mattina.

### PROGETTI ID RIORGANIZZAZIONE

Medicina di base: all'insediamento del Direttore Generale in settembre 2014, il Direttore Sanitario e il Dott. Bugli si scambiavano email sul progetto di riorganizzazione delle cure primarie secondo lo schema di un progetto inviato dal Dott. Bugli in ottobre 2014 che prevedeva la riorganizzazione di un servizio datata 1996 secondo modelli assistenziali orientati alla persona come richiesto dal Piano socio Sanitario

Il progetto scaturito sulla base di quello presentato ha gli obiettivi di :

- maggiore continuità assistenziale per superamento del giorno libero infrasettimanale del medico e dell'infermiere e attività anche il sabato mattina.
- guardia medica centralizzata per notti e domeniche e festivi
- 38 ore di lavoro medico di cui 6 per visite al domicilio
- orari di servizio alle 8.00 alle 18.00 e il sabato dalle 8 alle 13
- istituzione della assistenza domiciliare infermieristica prima assente, 7gg

## relazione Caruso

su 7 gg con orario dalle

8.00 alle 18.00

♀

•

•

•

•

•

•

•

..

..

La riorganizzazione della Medicina di Base ha avuto inizio il 10 giugno 2015.

La riorganizzazione ha avuto una prima fase di sperimentazione di 6 mesi che è stata oggetto di costante verifica e di azioni di miglioramento, condivise con il gruppo di Progetto che comprende medici e infermieri delle Cure Primarie, definite in una relazione che si allega a questo documento.

(Allegato B)

## relazione Caruso

La scelta dell'ambito delle Cure Primarie è stata dettata dalla necessità di modificare il modello assistenziale da bio-medico a bio-psico-sociale.

Infatti affinché la centralità della persona non resti uno "slogan" all'interno delle pagine del Piano Sanitario, nel progetto, la strategia di approccio alla Persona sulla base della concezione multi dimensionale della salute e' descritta così come avviene nell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Fondamentalmente, il cambio che impone il modello bio psico-sociale non è soltanto culturale, dei professionisti sanitari e dei cittadini ma anche pragmatico, cioè richiede che il lavoro del medico da "solitario" e quello "ausiliario" dell'infermiere diventino di equipe cioè di team multi -professionale.

Questo aspetto che è il principale, è stato ed è, il più difficile e lento da realizzare perché gli operatori medici e gli operatori infermieri da sempre utilizzano metodi e linguaggi diversi per descrivere la salute e le difficoltà di integrazione che si sono incontrate, le hanno incontrate altri Stati prima di noi.

La Direzione ha tenuto ben presente che questo sarebbe stato il più grande ostacolo e l'oggetto più facile di strumentalizzazione, sia interna che esterna, ed ha per questo accompagnato e sta accompagnando tutt'ora il lavoro dei centri sia con una formazione più trasversale di "team building" che con una formazione specifica sul modello di gestione della malattia cronica (modello

## relazione Caruso

appunto bio-psicosociale) prendendo in analisi le prevalenti malattie croniche: diabete, (in corso di analisi come gestione integrata) bronco-pneumopatia cronica ostruttiva, scompenso cardiaco, ictus, ipertensione arteriosa.

CRITICITA' RISCONTRATE e condivise in gennaio 2016 con il gruppo di lavoro coordinato dalla referente di progetto MMG

1) I cittadini hanno avuto difficoltà a raggiungere telefonicamente il personale sanitario dei Centri, soprattutto nei Centri che hanno gli ambulatori distaccati perché le chiamate confluiscono nei centralini ai quali risponde un amministrativo di front-office, che smista le telefonate all'infermiere e/o al medico.

2) Il personale amministrativo costituito da 2 unità per Centro e un unità per sostituzione fra tutti i 3 Centri, fa il massimo possibile, ma sconta il fatto di provenire da altri Servizi interni (nell'impossibilità per la Direzione Generale di poter assumere amministrativi nuovi addestrati al front-office di un Servizio Sanitario di Base) e di non aver ricevuto formazione specifica sufficiente oltre all'essere in numero insufficiente a coprire sia tutte le mattine che i pomeriggi nei tre Centri.

3) I giorni di assenza oltre i quali garantire le sostituzioni che sono oggi così cadenzati:

- dopo i 30 giorni al Centro di Serravalle
- dopo i 7 giorni al Centro di Borgo Maggiore
- dopo i 4 giorni al Centro di Murata

Tali intervalli temporali hanno presentato problemi di autogestione fra i



## relazione Caruso

colleghi.

4) Il modulo cartaceo che raccoglie i farmaci della pluriterapia è spesso mal compilato dagli

utenti o lo devono trascrivere le infermiere con perdita di tempo.

5) E' esaurita la graduatoria per sostituzione della Guardia Medica Centralizzata e dei

Medici dei Centri Sanitari e resta il problema del reperimento e dell'accettazione da parte

dei medici italiani legata alla retribuzione varia lorda che non è più attrattiva.

Questo aspetto richiede un intervento legislativo .

♀

6) Ambulatorio pomeridiano dedicato alla Medicina Proattiva cioè alla gestione delle pre

•

valenti patologie croniche (diabete, BPCO, scompenso cardiaco, ictus, ipertensione arteriosa)  
ancora non è stato attivato.

7) Esistono ancora troppe prescrizioni di farmaci, esami di laboratorio ed esami radiologici. Il

troppo in questo caso è fonte di in appropriatezza, con costi legati alla medicina difensiva e rischi iatrogeni soprattutto legati alla dose radiante.

•

•

relazione Caruso

8) Un solo infermiere per ogni centro per garantire le sostituzioni in caso di malattia, evidenza

un rapporto organico di base/ organico di sostituzione troppo stretto. Si presentano quindi criticità di scopertura infermieristica e disagio ai cittadini.

..

..

•

•

•

•

..

♀

..

..

..

•

•

•

..

relazione Caruso

PROPOSTE MIGLIORATIVE RISPETTO ALLE  
CRITICITA'RISCONTRATE in parte gia' attuate  
ad oggi marzo 2016.

Tutte le proposte migliorative sono state concordate con il gruppo di lavoro in data 2 febbraio 2016 .

1) - 2) La proposta migliorativa che eviterebbe i tempi in attesa telefonici è stata elaborata dal

Gruppo di lavoro e sintetizzata dalla Referente di progetto è la possibilità di telefonare direttamente agli ambulatori senza avere l'imbutto del centralino in attesa; se dopo cinque squilli l'ambulatorio non dovesse rispondere la chiamata viene deviata al centralino.

Le telefonate vengono dirette alla sala infermieristica e/o all'ambulatorio medico.

Poiché gli operatori sono anche dotati di cellulari di servizio questi ovviamente devono

restare accesi in servizio.

Il Front-office si mantiene per la consultazione de visu e per il colloquio diretto oltre che per il supporto al telefono:

gia' attivato a Borgo e Serravalle previsto a Murata entro il 15 marzo

3) Pur essendo necessario che il Direttore ff. governi e controlli l'adeguatezza del piano ferie del personale medico dei Centri, possono accorciare i giorni soglia oltre i quali si procede alla sostituzione passando ai seguenti intervalli:

## relazione Caruso

- dopo i 15 giorni al Centro di Serravalle e dopo 7 in caso di coassenza critica
- dopo i 3 giorni al Centro di Borgo Maggiore
- dopo i 3 giorni al Centro di Murata  
gia' attivato

### 4) Eliminazione del modulo cartaceo.

Per ricette ordinarie: fotocopia della carta azzurra e fustelle farmaci,  
per ricette ripetitive: portare dietro la prescrizione precedente.

gia' attivato

### 5) E' stato attivato un bando pubblico di selezione del personale medico per sostituzione della

Guardia Medica Centralizzata e dei medici dei Centri Sanitari. Il Bando è stato pubblicato sul sito.

### 6) L'ambulatorio di medicina proattiva, che è per definizione programmato e dedicato, viene effettuato dal medico e l'infermiere, per i controlli legati alla patologia cronica. Il medico

per quel pomeriggio non esegue le altre visite, che sono coperte per quel turno pomeridiano dal collega. Quindi partendo dalla prima patologia studiata e codificata, si può proporre di attivare un ambulatorio al mese per la gestione integrata del diabete. In corso

### 7) Il Direttore ff. e i coordinatori di centro incontrano periodicamente i medici iper prescrittori e chiedono loro le motivazioni di tali prescrizioni alla luce di protocolli standard.

relazione Caruso

Organizzano inoltre ed effettuano audit con gli specialisti ospedalieri in particolare

Radiologia e Laboratorio per la discussione dei casi, sia in relazione delle iper prescrizioni, sia in relazione alle urgenze. In corso

8) Il gruppo ha condiviso di incrementare di 1 unità infermieristica l'organico di sostituzione di tutti i Centri in maniera da superare agevolmente le criticità.richiesta come allegato D in quanto inizialmente non prevista

Viene inoltre codificato che il gruppo di lavoro continui a riunirsi e a lavorare sulle istruzioni operative di dettaglio, che i Coordinatori dei Centri e le Capo Sala stabiliscono il bisogno for

mativo degli amministrativi di front-office e degli infermieri e lo inseriscano nel PAF 2016.

Pagina 23 di 81

♀

..

..

..

..

..

..

## relazione Caruso

..

•

..

### Pediatria

Il turn over dei 2 medici in pediatria si e' sommato a periodi di aspettativa post partum e di malattia prolungata riducendo l'organico per un lungo periodo a 4 medici. Il turn over di questi e' legato alle motivazioni su esposte per i medici la Direzione Generale ha quindi istituito autorizzata dal Congresso, la creazione di bandi di disponibilità d.ei medici reclutati attraverso un "simil awiso pubblico"~

Pur avendo espletato tale bando di reclutamento con pubblicita' anche su quotidiani italiani oltre che sul sito, anche piu' volte, si e' riusciti dopo vari tentativi onerosi in termini di tempo e di ore lavoro, a reclutare medici esperti dall'Italia e a mantenere in piedi, grazie alla disponibilita' dei pediatri rimasti, Direttore di Unita' compreso, tutte le attivita' .

E' in corso peraltro una riorganizzazione che va nella direzione della continuita' territoriale pediatrica che comporta quindi una doppia funzione del pediatra: pediatra di famiglia e pediatra ospedaliero.

Tale progetto è subordinato ad un organico di 8 pediatri + il Direttore e del doppio turno infermieristico notturno in stagione di picco di malattie

## relazione Caruso

(richiesti allegati O).

tale numero di medici sembra raggiunto stabilmente solo ora.

e comporta l'approvazione di un retribuzione che comprenda al suo interno un incentivo per assistito bambino con il superamento della doppia reperibilita' e riconversione di tale quota, con configurazione di pediatra di libera scelta oltre a pediatra ospedaliero nella stessa figura di medico pediatra

.

### Chirurgia

Questo tipo di professionalita' risente maggiormente della limitazione della casistica soprattutto in urgenza accanto ad una per San Marino controproducente massiccia azione di reclutamento da parte della vicina Italia per i motivi legati alla normativa europea, in quanto i chirurghi sono in Italia tra i professionisti a maggior accumulo di straordinario e quindi oggi maggiormente richiesti e piu' difficilmente reperibili sul mercato.

La Direzione Generale ha acquisito un laser ad olmio al fine di permettere ai chirurghi urologi di effettuare interventi specialistici complessi, cio' al fine anche di "accontentare" richieste che non troverebbero appropriatezza quantitativa e di casistica, proprio pero' al fine di permettere ai professionisti presenti di trovare soddisfazione presso le strutture sammarinesi.

Questo tipo di acquisti che non sarebbero appropriati tecnicamente per un Ospedale di 113 pl costituiscono in realta' delle modalita' per affiliare i medici alla struttura e permettere loro di avere una

relazione Caruso

casistica piu' ampia anche attraverso la selezione di pazienti italiani in libera professione intramoenia.

E' inoltre in valutazione tecnica e soprattutto economica, un Braccio robotico per alcuni interventi di chirurgia generale ed anche per questo valgono le stesse considerazioni di affiliazione su esposte.

I contratti del Dott Landolfo e del Dott Daniele erano e sono pluriennali a differenza di quelli degli altri chirurghi che sono stati portati a triennio purtroppo SOLO da gennaio 2016.

Quando un chirurgo va in pensione il medico che lo sostituisce finora e' stato scelto dal Direttore di Unita' operativa, il pensionamento del chirurgo vascolare e' stato sostituito con una Dottoressa di gradimento del Direttore di struttura, ma la cui competenza e' di chirurgia generale .

♀

- 
- 
- 
- 
-



## relazione Caruso

- 
- 
- 
- 
- 

Per quanto riguarda gli interventi programmati di chirurgia vascolare questi vengono effettuati da due consulenti uno di Bologna ed uno di Ferrara che vengono frequentemente e che sono stati scelti dallo stesso Direttore di struttura, cio' in quanto la Direzione ha la massima fiducia in lui e quindi consente che i medici sostituti siano scelti dallo stesso quanto a provenienza e capacita' specialistiche chirurgiche.

Le Urgenze di chirurgia Vascolare pero' poiché sono Time depending, devono per motivi di sicurezza recarsi presso la Chirurgia Vascolare di Rimini con la quale peraltro abbiamo sperimentato anche ultimamente un' ottima relazione di rete.

Come si è precedentemente esaminato infatti, una chirurgia vascolare non avrebbe i numeri per potersi sostenere e così anche uno stesso chirurgo vascolare non riuscirebbe mantenere la competenza sulla chirurgia vascolare maggiore necessaria per la garanzia di sicurezza e qualita' delle cure.

## relazione Caruso

### Ortopedia

In Ortopedia il precedente Direttore di Unità operativa ha dopo circa 1 anno dalla sua assunzione, ha manifestato la volontà di licenziarsi dal pubblico sanitario anche italiano dove era rimasto il suo posto congelato per aspettativa (Ospedale di Cattolica), al fine di esercitare esclusivamente attività libero professionale in varie sedi, rappresentando quindi quest'ultima una "fuga di cervello volontaria" dettata da motivi esclusivamente ed insindacabilmente personali.

Lo stesso è peraltro rimasto come consulente ISS due volte al mese per effettuare interventi sulla spalla rispetto ai quali ha una grandissima competenza anche riconosciuta all'esterno e per mantenere continuità esistenziale con i pazienti.

L'equipe ortopedica ora è guidata da un professionista interno di valore che ha scalato tutti i gradini della carriera medica professionale entro l'Ospedale di San Marino, , ex aiuto del Prof. Soragni, al quale questa Direzione dopo pubblica e regolare selezione, ha dato fiducia ed attribuito l'incarico di Direttore.

È stata fatta inoltre dal Direttore di U.O. una valutazione delle competenze del personale medico presente affinché lo stesso personale medico possa essere autonomo come primo operatore in alcuni interventi e come secondo in tutti gli altri.

Inoltre sono state trasformate le consulenze in contratti pluriennali con giovani e stimati ortopedici

## relazione Caruso

italiani autonomi come primi operatori nelle principali procedure chirurgiche ortopediche.

Cio' ha consentito un notevole risparmio ed una maggiore efficienza della copertura assistenziale medica in reparto perché non e' chi non veda che lo strutturato contrattista a 38 ore puo' meglio seguire il pre e il post operatorio del paziente chirurgico ortopedico che non un consulente ad un minor numero di ore che opera e se ne va.

### Ginecologia ed Ostetricia-

La maggior parte dei medici che si sono dimessi nel periodo 2013 2015 sono medici di questa specialita'. dai colloqui con gli stessi/e si evidenzia che l'essere inseriti in graduatorie di ospedali della Romagna dove il numero dei parti e della casistica e' 10 volte piu' alto (3600 parti a Rimini, 2000 parti circa a Ravenna) e dove insistono punti nascita e pediatria di 3 livello - Rimini- ovvero il livello specialistico superiore ove convergono tutti i parti e casi complicati della sola Romagna e' penalizzante per San Marino. quindi è evidente che, pescando dalle stesse graduatorie, l'attrattivita' professionale di tali realtà e' troppo forte per competere con quella di San Marino . Come si è piu' sopra specificato si e' alla ricerca di medici di questa disciplina attraverso la pubblicazione di un bando sul sito Iss e diffuso con il passa parola delle conoscenze dei primari italiani.

♀

## relazione Caruso

...

...

-

-

-

•

•

•

•

inoltre si è in contatto con una Società di Scouting medico di Roma che avvia reclutamenti anche per il pubblico italiano.

Nell'immediato si è comunque avviato il protocollo operativo con l'Ausl Romagna con la quale questa Direzione ha stipulato importante accordo il fine di chiedere dei turni di guardia diurna e di reperibilità notturna presso il nostro ospedale e unità operativa di cui si tratta, i medici che dovrebbero rendersi disponibili sono gli stessi che lavorano negli ospedali della Romagna (9 ginecologi che lavorano a Rimini provengono nel tempo dalla unità operativa di

## relazione Caruso

Ginecologia di San Marino

ed 1 a Cesena) che farebbero questi turni in extra orario e che conoscono perfettamente la

Ostetricia e Ginecologia di San Marino in quell'ottica di rete tra punto nascita minore e punto nascita

HUB, di cui si e' parlato in precedenza in questo documento.

La Direzione Ausl Romagna sta valutando questa proposta, inoltre una Dottoressa in corso di specializzazione potrebbe prendere servizio a brevissimo.

## Oculistica

Il progetto di riorganizzazione nelle more di modifica dell'atto organizzativo che definisca la struttura complessa, quindi attualmente a carattere sperimentale come indicato nel documento di fabbisogno, prevede:

- RIORGANIZZAZIONE AMBULATORIALE
- AMBULATORI DEDICATI
- LOCATION IDONEA PER LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA'
- SERVIZIO CHIRURGICO PRESSO NUOVE SALE OPERATORIE
- AGGIORNAMENTO E COMPLETAMENTO DELLA TECNOLOGIA MANCANTE
- NUOVE FIGURE PROFESSIONALE

## RIORGANIZZAZIONE AMBULATORIALE

Si rende necessaria per migliorare il servizio, ridurre le liste di attesa, stimolare l'attività dei singoli professionisti integrati in un progetto di reciproca collaborazione e non più come attori in un ambulatorio slegato dal resto delle attività.

prevede visite complete tutti i giorni su 2 ambulatori dalle ore 8 alle ore

## relazione Caruso

13.30

Ciascun oculista si puo' prenotare la successiva visita di controllo in maniera da mantenere continuita' assistenziale e anche nominativa per il paziente anziano in particolar modo.

### AMBULATORI DEDICATI - patologie di II livello

Per gli ambulatori dedicati (cornea - segmento anteriore- glaucoma - retina - etc. ) . vengono individuati i professionisti che in base al loro campo di interesse e preferenze diventano i responsabili di ciascun ambulatorio tematico.

Ciascun professionista diventa 'responsabile' di un campo specialistico in cui si deve doverosamente applicare ed aggiornare.

Con questa soluzione la soddisfazione professionale si abbina ad un miglioramento del servizio spesso intasato da pazienti che effettuano controlli ripetuti : ad. es. un paziente con maculopatia non esegue visite ogni mese, ma viene inviato all'ambulatorio retina medica dove il professionista esperto lo inserisce in un percorso di visite e controlli standardizzati. prevede visite tutti i giorni su 1 ambulatorio dalle ore 14 alle ore 18.30

♀

.,

.

•

•

## relazione Caruso

•

•

•

•

-

### LOCATION IDONEA PER LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA'

E' una delle criticità in corso di soluzione . Le strutture dedicate al momento all'attività oculistica

sono non idonee per problemi di spazio e senescenza .

Si rendono necessari spazi in cui realizzare 2 ambulatori oculistici completi, 1 grande sala di diagnostica,

2 ambulatori per visite ortottiche , un servizio di segreteria, una sala di attesa con relativi servizi .

Si e' ipotizzata una metratura di 200-250 metri/2. tali locali temporaneamente sono situati al 5 piano

vicino alla Direzione Generale e gli oculisti vi is trasferiranno la prossima settimana.

Il progetto che prevede di affiancare alla attività istituzionale dei residenti un attività diagnosticoterapeutica

su utenti esterni deve necessariamente prevedere strutture idonee e di opportuno livello tecnologico.

## relazione Caruso

### SERVIZIO CHIRURGICO PRESSO NUOVE SALE OPERATORIE

L'attività chirurgica prevede l'esecuzione di tutti gli interventi su segmento anteriore (cornea- cataratta

-glaucoma) , palpebre e iniezioni intravitreali per maculopatia.

Si prevede l'utilizzo di 1-2 mattine di SO settimanali per coprire il fabbisogno di chirurgia oculare

secondo lo storico degli ultimi 3 anni.

prevede 1-2 sedute settimanali in cui sono impegnati 2 chirurghi

### AGGIORNAMENTO E COMPLETAMENTO DELLA TECNOLOGIA MANCANTE

L'attività chirurgica e l'istituzione degli ambulatori tematici prevede aggiornamento e completamento

della tecnologia esistente, l'elenco prevede circa 350.000 euro di attrezzature e ferri chirurgici in

corso di acquisto dalla sola unita' di Ingegneria clinica.

La mobilita' per sola cataratta negli anni precedenti si è aggirata sui 500.000euro anno e la cataratta

rappresenta il primo intervento oculistico in regime di ambulatorio.

### OTORINOLARINGOIATRIA

Analogamente alla Oculistica anche la ORL ha richiesto una revisione di carattere sperimentale.

Questa e' consistita nell'aumento delle ore del Coordinatore medico , nella stipula di contratti a

due convenzionate sammarinesi che svolgono un servizio, ora a tempo pieno, con risparmio economico

rispetto a prima e con maggiore sicurezza di assistenza e difesa in carico dei pazienti da

parte delle stesse in fase post intervento.



## relazione Caruso

Le liste di attesa si stanno smaltendo in diretta proporzionalità con la disponibilità di infermieri strumentisti di cui si sono richiesti 3 nuovi allegati D, nonché del personale anestesista che è richiesto in aumento di due unità per fare fronte all'utilizzo maggiore delle nuove sale operatorie che ora dopo un periodo molto travagliato sono strutturalmente a regime.

### MEDICINA

La UO di Medicina si è caratterizzata per un rinnovamento quasi complessivo di medici a causa del turnover. L'offerta delle specialistiche nel "modello Medicina collante delle varie specialistiche mediche", è stata potenziata nei settori di diabetologia e di gastroenterologia oltre ad un presidio importante di quello che è il classico reparto di medicina Interna di un Ospedale di stato che seppur di 28 letti è il contenitore delle patologie mediche specialistiche e spesso anche chirurgiche in attesa di valutazione e di indicazione operatoria

♀

- 
- 

- 
- 

-

## relazione Caruso

- 
- 
- 
- 
- 

### Neurologia

La U.O Neurologia ha sviluppato il percorso Riabictus al fine di poter anticipare la ripresa in ISS dalle strutture private quali Sol et Salus e pubblico private di Montecatone dove esiste il II e III livello riabilitativo.

La Neuro ha iniziato l'attività di centro di riferimento internazionale per le malattie neurologiche rare quali la Corea di Huntington e le malattie neurologiche degenerative (Parkinson, Alzheimer)

### GERIATRIA AD INDIRIZZO PNEUMOLOGICO

La Geriatria ha da poco intrapreso un'attività di riabilitazione respiratoria non invasiva con il trattamento della insufficienza respiratoria di pazienti cronici e non.

La linea di "bridge assistenziale" con la terapia intensiva permette ad oggi il drenaggio di cronici da quest'ultima per poter liberare posti per i post operati che sono in aumento dato il progressivo incremento delle sale.

Restano da attivare dal punto di vista assistenziale i 6 letti dedicati alla post acuzie ed intermedie

care.

## Blocco operatorio

Il Progetto del nuovo Blocco operatorio è iniziato nel lontano 2006 con un appalto concorso chiavi in mano per la realizzazione di nuovo comparto operatorio, centrale di sterilizzazione, area travaglio e parto, area degenza ostetrica locali annessi accessori, che e' andata deserta e che e' stata sostituita da una trattativa privata alla quale hanno risposto le Societa' Draeger e societa' CES che sono state le ditte che hanno realizzato in ATi gli oggetti di cui sopra con una latenza pero' di circa 10 anni con incrementi di spesa fino al totale di circa 6,500 milioni di euro da una base di partenza di 2.200.000 euro.

Al momento dell'utilizzo delle nuove sale in aprile 2015 pero' si è constatata da parte di questa Direzione la non conformita' di pensili e la necessita' di interventi strutturali straordinari per mettere in sicurezza operatori e pazienti e si è reso necessario un esposto alla magistratura e la chiusura delle sale al fine di effettuare i lavori di ripristino.

Cio' ha comportato ritardi nell'awio delle nuove sale, ricorso ulteriore a mobilita' passiva, esternalizzazione delle prestazioni e criticita' nella sicurezza di tutto il blocco e dell'area travaglio parto, con necessita' di rinforzo di tutto il sistema delle travi.

Ad oggi grazie a questo intervento finale le sale e il blocco travaglio parto sono in sicurezza ed attivi.

## relazione Caruso

### Farmacia

Il progetto di riorganizzazione della Farmacia complessivamente intesa e cioè centro farmaceutico e le sei farmacie pubbliche territoriali e' stato redatto nella primavera 2015 e rivisto in agosto 2015.

Gli obiettivi che si propone sono sostanzialmente:

- eliminare le file di attesa soprattutto nelle farmacie territoriali aggiungendo un farmacista per turno nelle farmacie piu grandi
- sviluppare politiche competitive di vendita essendo che le entrate delle farmacie e del settore in generale ammontano a circa 7 milioni id euro
- potenziare il settore farmaci esteri anche attraverso il sito on line
- potenziare I distribuzione dei prodotti dei celiaci attraverso la sostituzione degli addetti assenti per diverse motivazioni nelle more dell'istituenda legge
- introdurre le visite nei reparti per la farmacovigilanza

♀

•

•

•

•

•

## relazione Caruso

-

- 
- 

- introdurre la figura del farmacista clinico che valuta con i clinici l'appropriatezza dei farmaci, la farmacovigilanza nonché detentore della responsabilità sui galenici sia antitumorali che antiangiogenetici oculari (vedi Avastin iniezioni intravitreali)

Per questo progetto sono stati richiesti al Collegio di Direzione e poi al Congresso di Stato dove il progetto è stato presentato dal DG, allegati D relativi ai farmacisti per passare da 23 a 26 e per sostituire il farmacista che diventa direttore di Cailungo dopo pensionamento di farmacista titolare non sostituito .

L'accordo è stato mandato alla firma delle organizzazioni sindacali si è in attesa di firma e potere procedere all'avvio.

Al momento essendo in corso anche la implementazione del software magazzino economie e farmaceutico il secondo farmacista è costituito dal farmacista tirocinante che per legge può effettuare un periodo non inferiore ai sei mesi per la sua formazione pre assunzione.

Senza queste risorse ed in assenza dei nuovi farmacisti non avremmo potuto mantenere aperte tutte le farmacie.

Prontuario Farmaceutico

## relazione Caruso

Il Prontuario Farmaceutico ISS ricomprende tutti i prodotti ricettabili in regime di assistenza sanitaria e tutte le molecole e gli ATe (gruppi di sostanze terapeutiche) presenti nei compendi terapeutici nazionali italiani senza per altro distinzioni di fascia, pertanto sia i medici di base che gli specialisti possono attingere con ampio spazio di scelta all'interno del medesimo ai fini della prescrizione.

Degno di nota è il fatto che nello stesso Prontuario Terapeutico ISS sono presenti specialità iscritte dall'AlFA come SOP ovvero senz'obbligo di ricetta che in Italia in nessun modo sarebbero prescrivibili es. Seki compresse o Ketoftil collirio o Tachipirina supposte pediatriche e sciroppo, mentre nel nostro Stato sono esitabili gratuitamente.

Ove sussistano prodotti fuori prontuario ma lo specialista rawedesse necessità prescrittiva si procede regolarmente con autorizzazioni in collaborazione con la Medicina Fiscale (es. Xarelto, Immunoppressori per terapie reumatologiche, ecc.).

Inoltre prodotti che nella vicina Italia sono a pagamento come le Benzodiazepine o le pillole contraccettive a San Marino sono sempre stati esitati gratuitamente e lo sono tutt'ora.

Con i lavori compiuti dalla Commissione per il Prontuario dell'ISS i prodotti usciti dalla linea prescrittiva già dal 2012, sono quelli che non hanno mai avuto un rationale prescrittivo rispetto alla patologia rilevata (esempio per tutti il Laevolac EPS prescritto in modo inopportuno come lassativo mentre è registrato come antidoto per encefalopatia porto cavale ed utilizzato come lassativo proprio

## relazione Caruso

per un suo effetto secondario e non per il motivo per il quale è stato immesso in commercio).

Altro esempio sono gli acidi grassi poliinsaturi (Eskim, Esapent) i quali non godendo di alcun razionale prescrittivo in termini di EBM (Evidence Based Medicine) sulla popolazione generale se non in quella che ha manifestato evento cardiaco acuto non sono più distribuiti gratuitamente se non per l'appunto agli appartenenti a quest'ultima popolazione ( tutto questo avviene da già più di un anno).

Sono stati inseriti da poco in prontuario vari altri prodotti (es.nuovi ipoglicemizzanti orali) per cui è richiesta l'esenzione onde evitare i continui giri di cittadini tra specialisti e medicina fiscale ( i medesimi prodotti sono comunque esitati gratuitamente, il problema appunto sta nel doverne richiedere ogni anno esenzione).

♀

Resta il vincolo che il primo prescritto re deve rimanere l'endocrinologo, il medico di base procederà poi con le prescrizioni seguendo il piano terapeutico impostato dallo specialista.

- 
- 

Inoltre il campo della Nutraceutica e degli Integratori sta stornando prodotti su prodotti ( a pagamento in ogni tutti i sistemi sanitari) che spesso il medico vuoi per opportunità terapeutiche vuoi come compendio terapeutico alla prescrizione mutuabile ( es. fermenti lattici in associazione ad antibiotici attivi sulla microflora patogena intestinale nel caso di malattia

## relazione Caruso

diverticolare, o semplice

mente in associazione a sintomatici della diarrea in caso di dissenteria di varia eziologia), si trova a consigliare e il cittadino li acquista di tasca propria.

In questo caso non sono assolutamente prodotti registrati come farmaci né sono dei salvavita né

tanto meno essenziali a terapie per patologie cronico degenerative, sono bensì degli integratori, il

cui termine stesso indica le finalità d'uso, che sono bene indicate in etichetta es. "prodotto che non

- si può ritenere sostituibile a dieta varia ed equilibrata" né tanto meno può vantare proprietà terapeutiche e per tali ragioni nessun sistema sanitario esita gratuitamente pur riconoscendone vantaggi per la salute attraverso un loro utilizzo mirato.

- 
- 
- 
- 

♀

MOBILITA' PASSIVA prestazioni fuori territorio ANNO 2014 Euro  
6.478.000

Prestazioni fuori territorio anno 2014

AMB. ALLERGOLOGIA



relazione Caruso

- 
- 

AMB. FISIATRIA

AMB. GASTROENTEROLOGIA

AMBULATORIO DERMO

" 0\_ ". \_ -- "" \_ ,,,\_ , \_ , . \_ , " .0" \_ ' "

AMBULATORIO MEDICINA INTERNA

- 
- 

AMBULATORIO O.R.L

AMBULATORIO OCULISTICO

AMBULATORIO ORTOGNATODONZIA

AMBULATORIO ORTOPEDICO

- 

CARDIOLOGIA

- 
- 

DIABETOLOGIA-ENDOCRINOLOGIA

DIALISI

DIPARTIMENTO OSPEDALIERO

DIR. ATTIVITA' SAN./SOCIO SAN .

DIREZIONE MEDICINA DI BASE

DIREZIONE SERVIZIO AMBIENTE

CURE PRIMARIE

relazione Caruso

EMATOLOGIA

- GERIATRIA
- LABORATORIO ANALISI
- MEDICINA DEL DOLORE
- MEDICO FISCALE E LEGALE
- NULL

€ 15.845,62

€ 168.171,23

€ 127.687,99

€ 21.094,42

€ 396.059,06

€ 330.123,86

-

♀

.....-.-.-.....

•

REPARTO MEDICINA

REPARTO OSTETRICO E GINECOLOGI

REUMATOLOGIA

- SALUTE DONNA
- SERVIZIO MINORI

relazione Caruso

..... - .. -.. ... \_... .\_\_.

SERVIZIO NEUROLOGICO  
SERVIZIO PEDIATRIA

• SERVIZIO PRONTO SOCCORSO

- 
- 

SERVIZIO SALUTE MENTALE  
SOSTITUTO MEDICINA DI BASE

- 

€ 118.842,46 :

..... - ..... - ..... - .....  
€ 34.349,89 .

€ 145.741,00

€ 18\_118,20

€

1.123.795,46

€ 68.614,62

€ 6.478.478,57

MOBILITA' PASSIVA prestazioni fuori territorio ANNO 2015 Euro  
5.408.000

Prestazioni fuori territorio anno 2015

-

... ~ ' .. - - ' - • • \_ \_ 0

\_ ""

•

AMBULATORIO MEDICINA INTERNA

AMBULATORIO OCULISTICO

•

AMBULATORIO ORTOPEDICO

ANESTESIA E TERAPIA INTENSIVA

CARDIOLOGIA

CASA DI RIPOSO

COMITATO ESECUTIVO

DIABETOLOGIA-ENDOCRINOLOGIA

•

€ 47.065,68

• - • • ' • • • . \_ \_ 0 ' . .

€ 17.458,09

€ 165.643,38

€ 679,05

€ 46.337,38

€ 328.490,94

€ 189.336,37

€ 14.425,14

€ 596.527,11

€ 614,73





relazione Caruso

: NULL € 412.570,30 j

i ONCOLOGIA € 608.080,89 !

i PNEUMOLOGIA € 119.343,86 .j!

----- N -----

: REPARTO CHIRURGIA € 142.013,01 i

,-----i

i REPARTO MEDICINA € 74.825,27 1

t-----: -----j  
: REPARTO OSTETRICO E GINECO- ,  
LOGI . € 144.577,16 1

i l

-----!

• REUMATOLOGIA € 3.801,04 !

~ .....  
.....~  
----- :

•SALUTE DONNA € 967,50

SERVIZIO MINORI € 20.309,80 ;

.....

relazione Caruso

.....:1.....

.....

.., i

· SERVIZIO NEUROLOGICO € 120.648,78 1

r° .....  
 ~... .. 1

· SERVIZIO PEDIATRIA € 376.271,57 i

~ .. - .. - .. ;  
 ; SERVIZIO PRONTO SOCCORSO € 34.566,23 I

~ .. - .. - ..  
 SERVIZIO RADIOLOGIA € 14.529,25 i

,- .. - .. - .. - ..

... .. - .. - .. - .. - .. - ..

.....

..... 1.....

.....

, SERVIZIO SALUTE MENTALE € 885.950,95 !

i SOSTITUTO MEDICINA DI BASE € 52.568,05 !

;

€ 5.408.767,87

Il risparmio sulla mobilita' passiva e' stato nel 2015 di 1 milione di euro.  
 Cio' e' dovuto all'azione  
 di vigilanza e controllo di questa Direzione nonché dal potenziamento dei  
 servizi all'interno



relazione Caruso

dell'ISS anche tramite accordi e consulenti specialistici mediche si recano nelle

.u..o...

♀

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

Progetto Casale La Fiorina.

Al suo insediamento, il Direttore Generale ha ricevuto il mandato dal Congresso di Stato di com

pletare il progetto organico di analisi e di accorpamento delle due strutture residenziali per anziani.

## relazione Caruso

A questo proposito dopo avere completato il progetto è stata avviata una complessa trattativa finalizzata all'acquisizione della Società RSA La Fiorina SRL.

La trattativa si è conclusa con l'acquisto delle quote di detta società alla cifra simbolica di 1 euro come da Delibera del Congresso 142 del 29 dicembre 2014.

Nella definizione degli ulteriori passaggi dopo i confronti con le OO.SS e con gli operatori e i rappresentanti degli ospiti, nonché in seguito ad istanza di Arengo si è definito il regime pubblico per la gestione e per i contratti del personale che lavorerà nella struttura accorpata.

## PROGETTO DI INFORMATIZZAZIONE

### ASSEGNAZIONE ED IMPORTI

Il progetto è stato assegnato tramite gara di appalto concorso al raggruppamento di imprese formato da Engineering s.p.a. e Gies s.r.l. (società Sammarinese) in dicembre 2013.

La Commissione tecnica era composta da:

. L. Venturini Direttore Amministrativo ISS

A. Gualtieri Direttore Authority

F. Casali Resp. Le Scientifico

Matteo Berardi Esperto ufficio informatico

F. Masi Resp. Le sorveglianza sanitaria

Mauro Sammaritani Ufficio informatica dati e statistica

Oggetto dell'appalto è costituito in sintesi dai moduli :

relazione Caruso

PIATTAFORMA WEB-BASED NATIVA E COMPLETAMENTE INTEGRATA COSTITUITA DA:

- SSO PORTALE DI ACCESSO UNICO
- XMPI GESTIONE ANAGRAFE CENTRALE
- SPAGIC PIATTAFORMA DI COMUNICAZIONE HL?
- ADT GESTIONE ACCETTAZIONE OSPEDALIERA, TRASFERIMENTI, DIMISSIONI
- LDA MODULO LISTE DI ATTESA
- OE MODULO ORDER ENTRY (GESTIONE RICHIESTE DI PRESTAZIONI IN FORMATIZZATE)
- RDS REPOSITORY AZIENDALE DEL PAZIENTE
- PS GESTIONE PRONTO SOCCORSO
- SCELTA E REVOCA MODULO GESTIONE DIRITTO ASSISTENZA SCELTA E REVOCA DEL MEDICO E GESTIONE ISMAR
- MODULO INTEGRAZIONI
- MODULO CCE CARTELLA CLINICA ELETTRONICA MEDICA ED INFERMIERISTICA SU POSTAZIONE ED IN MOBILITA'
- MODULI DI CARTELLE AMBULATORIALI PER TUTTE LE SPECIALISTICHE
- MODULO SIAN -IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE
- MODULI SPRESAL - PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO
- MODULO GESTIONE BLOCCO OPERATORIO

♀

..

"

...

## relazione Caruso

- 
- 
- 

- MODULO GESTIONE MEDICINA FISCALE

- MODULO VACCINAZIONI

- MODULO MMG CARTELLA CLINICA PER MEDICI DI MEDICINA DI BASE

- MODULO CUP GESTIONE DELLE PRENOTAZIONI AMBULATORIALI E MEDICINA DI BASE E

GESTIONE AGENDA DISTRIBUITA

- MODULO INTEGRAZIONE CON PORTALE DEL CITTADINO PER CONSULTAZIONE REFERTI

ONLINE.

L'avvio dei moduli include la formazione del personale ISS coinvolto, attraverso corsi in aula, training on the job, ed affiancamento sul posto ed a distanza, assistenza per i moduli avviati mediante sistema di ticketing e tracciatura informatizzata delle segnalazioni.

L'importo di aggiudicazione per la fornitura è stato di Euro 499.000.

La liquidazione degli importi relativi ai moduli che compongono gli step avviene solo a seguito di collaudo positivo dei moduli stessi effettuato mediante verifica delle

## relazione Caruso

funzionalità e dopo congruo un periodo di messa in esercizio effettiva dei moduli durante il quale non siano emerse criticità. E' inoltre previsto un collaudo finale dell' intero impianto.

### FASI DI AVVIO ED IMPLEMENTAZIONE

Per la fase di avvio e messa in opera del nuovo sistema sono stati individuati 3 STEP introdotti con la logica di introdurre le nuove funzionalità o sostituire le precedenti in modo da minimizzare l'impatto sull'attività ordinaria.

Di seguito vengono indicati nel dettaglio i 3 STEP :

STEP 1 : 15 Luglio 2014 (Concluso)

Attivazione in produzione dei seguenti moduli :

./ SSO - Portale di accesso unico

./ XMPI - Anagrafe Centrale

./ SPAG IC - Piattaforma di Enterprise Application Integration come Middleware per

l'interconnessione delle componenti basato su standard HL7

./ ADT - Accettazione Ospedaliera, Trasferimenti e Dimissioni

./ LDA - Liste di Attesa

./ OE - Order Entry (Gestione Prestazioni) di Reparto

./ RDS - Sistema Episodi (Repository Aziendale del paziente)

## relazione Caruso

./ PS - Pronto Soccorso

./ Scelta e Revoca - Medicina di Base ed Ufficio Prestazioni

./ Integrazioni relative ai moduli sopra citati con gli applicativi esterni ad AREAS.

I Reparti o Uffici ISS interessati all'avvio sono stati:

Pronto Soccorso e tutti i Reparti dell'Istituto.

Ufficio accettazione/dimissione

La segreteria ospedaliera

L'ufficio archivio cartelle cliniche.

La formazione per il personale medico, infermieristico ed amministrativo coinvolto è avvenuta attraverso corsi in aula, training on the job ed affiancamento.

### ESITO DELL' AVIO E CRITICITA' EMERSE

L'avvio della fase 1 è stato gestito complessivamente bene. Sono comunque emerse in fase di avvio alcune criticità tra le quali:

- Difficoltà di utilizzo del personale ISS dei nuovi moduli legato al necessario periodo di adattamento alle nuove procedure.
- L'introduzione del modulo ADT presso i reparti ha reso necessaria una maggiore collaborazione

♀

•

•

## relazione Caruso

..

•

..

..

tra gli stessi per le fasi di gestione ed introdotto controlli di coerenza che all'inizio hanno rallentato alcune fasi per il necessario periodo di apprendistato per il personale dei reparti. Per contro ha introdotto la tracciabilità completa dell' intero percorso del ricovero del paziente, la gestione uniforme di tutte le schede di ricovero oltre che la codifica di tutte le diagnosi e degli interventi effettuati sui pazienti ricoverati. I moduli dello step 1 sono stati collaudati.

STEP 2 : Dicembre 2014 a Marzo 2015 (Concluso)

Attivazione in produzione dei seguenti moduli software:

- CCE - Cartella Clinica Elettronica, (Moduli EMR : Cartella Medica ed Infermieristica e EMR4T : Cartella Medica ed Infermieristica in mobilità).
- Completamento attivazione Order Entry di prestazione/Consulenze ambulatoriali (per PS e

## relazione Caruso

reparti)

Attivazione delle integrazioni relative a questi moduli con gli applicativi esterni ad AREAS.

Da Settembre 2015 ad Ottobre 2015:

Attivazione in produzione dei seguenti moduli software:

- Cartella Ambulatoriale per l'Area Chirurgica, per gli Ambulatori di :
- Chirurgia Generale
- Ortopedia

- Ginecologia

Attivazione delle integrazioni relative a questi moduli con gli applicativi esterni ad AREAS.

Per tutti i moduli sopra riportati le attività e gli avviamenti sono stati completati e conclusi.

### ESITO DELL' AWIO E CRITICITA' EMERSE

L'introduzione della cartella clinica elettronica (CCE) è stata introdotta nei reparti da Dicembre

2014 a Marzo 2015. L'introduzione ha impattato notevolmente sulla gestione al letto del paziente

(prima effettuata con schede e fogli cartacei) . Nonostante questo dopo un periodo di adattamento,

il personale medico ed infermieristico dei reparti ha acquisito un buon livello di padronanza del

software (sia utilizzandolo su postazioni fisse che su postazioni mobili quali tablet e pc portatili).



## relazione Caruso

L'introduzione della cartella clinica elettronica ha introdotto la tracciabilità completa di tutte

le attività che avvengono in fase di ricovero (piano terapeutico, attività infermieristiche,

valutazioni ecc.) .

Le principali criticità incontrate sono legate all'introduzione del nuovo software che ha sostituito le

procedure cartacee, all'utilizzo dei dispositivi (tablet e portatili), alla copertura della rete.

Questi aspetti sono stati affrontati attraverso l'ottimizzazione delle configurazioni del software, ad

una attività di affiancamento nei reparti, all'introduzione di dispositivi più performanti ed al

potenziamento della copertura della rete wifi presso i reparti.

STEP 3 : Da Ottobre 2015 a Marzo 2016 ( in corso):

Completamento dell'attivazione, in produzione, del modulo:

• Cartella Ambulatoriale  
con la soluzione della Cartella Ambulatoriale Base, per gli Ambulatori di :

- Allergologia
- Dermatologia
- Oculistica
- Terapia Antalgica
- ORL
- Oncoematologia

•  
Medicina Interna

- Gastro
- Servizio Dietologico

## relazione Caruso

- Servizio Diabetologico
- 

### Fisiatria e Riabilitazione

♀

- Neurologia
- Centro Salute Mentale
- Centro Salute Donna
- Cartella Cardiologica
- Cartella Pneumologica

•

Le attività e gli avviamenti inerenti al modulo indicato sono previsti in completamento entro Marzo 2016.

Da Dicembre 2015 a Dicembre 2016 (in corso):

Attività residue come da Collaudo del STEP1 :

..

..

- Gestione delle pratiche di Pronto Soccorso con segnalazione a Corpi di PS e Uffici ISS

delle schede di Infortunio (domestico, sul lavoro ecc ..) e violenza.

- Gestione anagrafica per soggetti in convenzione ISMAR
- Ottimizzazione delle maschere anagrafiche

## relazione Caruso

- Entro Aprile 2016:

Completamento dell'attivazione, in produzione, dei moduli :

- SIAN - Igiene degli Alimenti e Nutrizione
- SPRESAL - Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro

..

..

I moduli sono stati consegnati ed attivati in ambiente di produzione il 18/12/2014 (SIAN) e il

22/01/2015 (SPRESAL). Contestualmente sono state svolte le previste attività di Formazione e Supporto all'awio.

Rimangono da attivare a conclusione del progetto i moduli:

- Blocco Operatorio
- Medicina Fiscale
- • Vaccinazioni
- Cartella per Medici di Base e Pediatria
- Gestione delle Prenotazioni Ambulatoriali e Gestione Agenda Distribuita
- Integrazione con Portale del Cittadino

La data ultima per la conclusione del progetto avverrà complessivamente entro il

- 31/12/2016.

MODULI AGGIUNTIVI

## relazione Caruso

L'introduzione della nuova piattaforma e la successiva prossima  
dismissione della precedente  
piattaforma software ha reso necessario decidere se mantenere alcuni  
moduli interfacciandoli  
oppure se sostituirli con i relativi nuovi moduli presenti sulla nuova  
piattaforma. A seguito di  
valutazione sui vantaggi e svantaggi e dei relativi costi, si è deciso di  
attivare sulla medesima  
piattaforma anche i moduli relativi a :

- LABORATORIO ANALISI
- SCREENING Colon, Cervice Uterina, Mammo
- SISTEMA APPROWIGIONAMENTI, MAGAZZINI E FARMACIE
- MODULO GESTIONE PRESENZE, ASSENZE, TURNI, GIURIDICO
- 
- 
- ....

Di seguito si riporta lo stato di avanzamento dei lavori

Pagina 37 di 81

..

♀

•

•

•

## relazione Caruso

- 
- 
- 
- 

-

### LABORATORIO ANALISI concluso

I moduli relativi al laboratorio analisi sono stati messi attivati in produzione il giorno 9 Giugno 2015 per gli esami chimici ed il 16 Giugno 2015 per l'anatomia patologica. Il collaudo definitivo è stato effettuato il 23 Novembre 2015.

### SCREENING COLON RETTO in corso

Il modulo per lo screening Colon Retto è stato messo in esercizio l' 11 Novembre 2015 con la gestione del primo livello ed è in fase di avvio la gestione del secondo livello . AI termine di un periodo in esercizio del modulo avverrà il collaudo definitivo.

### SCREENING CERVICE UTERINA in corso

Il modulo per lo screening Cervice Uterina è stato messo in esercizio il 25 Novembre 2015 con la gestione del primo livello. L'introduzione di questo modulo è stata contestuale anche all'adozione del piu' recente protocollo di screening. Il nuovo protocollo (in via di adozione anche in Italia ed in particolare in Emilia Romagna) è molto piu' articolato e complesso del precedente. Nella sua introduzione sono emerse diverse criticità che sono state puntualmente evidenziate alla ditta la quale si è impegnata a rilasciare la versione risolutiva che verrà messa in produzione per il mese di Marzo. Il collaudo definitivo avverrà dopo un congruo periodo di messa

in produzione.

## SCREENING MAMMO da attivare

Per lo screening del tumore alla mammella non è stata ancora definita una data per la messa in esercizio. In attesa della sostituzione viene utilizzato il precedente modulo software. La sua sostituzione è comunque prevista entro il 2016.

## SISTEMA APPROVVIGIONAMENTI MAGAZZINI FARMACEUTICO, ECONOMALE, REPARTI E GESTIONE FARMACIE

Il programma precedente NFS era stato installato nel 2010 ed aveva comportato nella fase di implementazione lamentele superiori a quelle viste oggi. Tale programma era superato e presentava molti disservizi.

Questo modulo oggi comprende:

- La gestione dei magazzini farmaceutico ed economato
- La gestione degli ordini di farmaci, presidi e materiale economale effettuato da tutti i reparti , ambulatori ed uffici amministrativi dell' ISS verso i due magazzini
- La gestione degli armadietti dei reparti ed ambulatoriali
- La gestione informatizzata di tutto l'iter degli ordini con validazione elettronica da parte dei Dirigenti / Responsabili in base a quanto definito nel regolamento ISS
- La gestione dell'evasione delle ricette di farmaci presso le farmacie nonché la gestione della distribuzione di prodotti esentati (esempio prodotti per celiaci ... ) , la vendita di farmaci
- La gestione delle scorte e del riordino di prodotti farmaceutici e da banco verso il centro farmaceutico o altri fornitori.

## relazione Caruso

L'introduzione dei moduli sulla medesima piattaforma permette di razionalizzare le risorse, di tracciare completamente l'erogazione dei farmaci in qualsiasi contesto (ospedaliero, ambulatoriale, territoriale) e di conoscere i dati necessari al controllo sulla spesa degli stessi.

L'avvio del modulo di approwigionamento è awenuto il 26 Gennaio 2016 . Nonostante la precedente fase di test e di formazione dél personale coinvolto all' awio sono emerse diverse criticità dovute a molteplici aspetti tra i quali :

♀

•

•

•

•

•

•

•

•

## relazione Caruso

### LABORATORIO ANALISI concluso

I moduli relativi al laboratorio analisi sono stati messi attivati in produzione il giorno 9 Giugno 2015 per gli esami chimici ed il 16 Giugno 2015 per l'anatomia patologica. Il collaudo definitivo è stato effettuato il 23 Novembre 2015.

### SCREENING COLON RETTO in corso

Il modulo per lo screening Colon Retto è stato messo in esercizio l' 11 Novembre 2015 con la gestione del primo livello ed è in fase di avvio la gestione del secondo livello . AI termine di un periodo in esercizio del modulo avverrà il collaudo definitivo.

### SCREENING CERVICE UTERINA in corso

Il modulo per lo screening Cervice Uterina è stato messo in esercizio il 25 Novembre 2015 con la gestione del primo livello. L'introduzione di questo modulo è stata contestuale anche all'adozione del piu' recente protocollo di screening. Il nuovo protocollo (in via di adozione anche in Italia ed in particolare in Emilia Romagna) è molto piu' articolato e complesso del precedente. Nella sua introduzione sono emerse diverse criticità che sono state puntualmente evidenziate alla ditta la quale si è impegnata a rilasciare la versione risolutiva che verrà messa in produzione per il mese di Marzo. Il collaudo definitivo avverrà dopo un congruo periodo di messa in produzione.

### SCREENING MAMMO da attivare

Per lo screening del tumore alla mammella non è stata ancora definita una



## relazione Caruso

data per la messa in esercizio. In attesa della sostituzione viene utilizzato il precedente modulo software. La sua sostituzione è comunque prevista entro il 2016.

### SISTEMA APPROVVIGIONAMENTI MAGAZZINI FARMACEUTICO, ECONOMALE, REPARTI E GESTIONE FARMACIE

Il programma precedente NFS era stato installato nel 2010 ed aveva comportato nella fase di implementazione lamentele superiori a quelle viste oggi. Tale programma era superato e presentava molti disservizi.

Questo modulo oggi comprende:

- La gestione dei magazzini farmaceutico ed economato
- La gestione degli ordini di farmaci, presidi e materiale economale effettuato da tutti i reparti , ambulatori ed uffici amministrativi dell' ISS verso i due magazzini
- La gestione degli armadietti dei reparti ed ambulatoriali
- La gestione informatizzata di tutto l'iter degli ordini con validazione elettronica da parte dei Dirigenti / Responsabili in base a quanto definito nel regolamento ISS
- La gestione dell'evasione delle ricette di farmaci presso le farmacie nonché la gestione della distribuzione di prodotti esentati (esempio prodotti per celiaci. .. ) , la vendita di farmaci
- La gestione delle scorte e del riordino di prodotti farmaceutici e da banco verso il centro farmaceutico o altri fornitori.

L'introduzione dei moduli sulla medesima piattaforma permette di razionalizzare le risorse, di tracciare completamente l'erogazione dei farmaci in qualsiasi contesto

## relazione Caruso

(ospedaliero, ambulatoriale, territoriale) e di conoscere i dati necessari al controllo sulla spesa degli stessi.

L'avvio del modulo di approwigionamento è awenuto il 26 Gennaio 2016 . Nonostante la precedente fase di test e di formazione del personale coinvolto all' awio sono emerse diverse criticità dovute a molteplici aspetti tra i quali :

♀

..

..

- L'introduzione di nuove procedure con logiche non necessariamente uguali al precedente

modulo:

- Alcune problematiche relative alla necessità di far colloquiare la vecchia piattaforma e la nuova.
- In particolare nei primi giorni di awio alcune ricette emesse sulla vecchia piattaforma non erano distribuibili. La situazione è stata poi sistemata e sarà ottimale quando verranno attivati i moduli

..

..

per la prescrizione delle ricette sulla nuova piattaforma .

- E' emersa la necessità in fase di evasione dei prodotti presso le farmacie, di introdurre ottimizzazioni (riduzione del numero di passaggi) per ridurre i tempi di evasione delle ricette e dei prodotti. Le ottimizzazioni in fase di evasione ricette sono state quindi

## relazione Caruso

effettuate e rese  
disponibili.

..

..

- Alcune scelte condivise in sede di analisi (che hanno coinvolto oltre che la ditta anche i principali utilizzatori dei moduli) si sono rivelate non ottimali e si è dovuto procedere alla loro modifica.

Per sua natura la catena degli approwigionamenti è un' elemento trasversale che ha coinvolto l'intera struttura ISS, pertanto un rallentamento in una sua parte (dovuta a vari fattori: umani, organizzativi o del software) comporta problemi e soprattutto rallentamenti in altre sue parti.

•

Le criticità individuate sono state comunque analizzate ed in base all'urgenza sono state via via affrontate mettendo in atto le attività necessarie alla loro risoluzione (modifiche o correzione del software, cambiamento di configurazioni, attività di affiancamento agli operatori).

.. Le criticità piu' urgenti sono state risolte. Attualmente si sta procedendo ad una fase di ottimizzazione delle attività piu' ripetitive in modo da ridurre i tempi e migliorare l'operatività .

**MODULO HR GESTIONE PRESENZE. ASSENZE. TURNI.  
GIURIDICO**

Il modulo comprende :

..

## relazione Caruso

..

- GESTIONE DELLE TIMBRATURE E CALCOLO ORARI
- GESTIONE DEI TURNI

- GESTIONE DELLE ASSENZE
- GESTIONE GIURIDICO
- PORTALE DEL DIPENDENTE

..

..

La scelta dell' introduzione dei moduli per il personale è stata dettata dalla necessità di gestire completamente l'aspetto risorse umane. La gestione informatizzata permette di avere un controllo

completo su tutto il personale che a vario titolo afferisce all' ISS ad oggi assente.

I moduli HR relativi a timbrature, turni, assenze, giuridico sono stati messi in esercizio l' 11/1/2016

ed attualmente è in ultimazione una fase di parallelo con la precedente procedura al termine della quale verranno mantenuti in produzione i soli nuovi moduli.

A breve. è prevista la messa in esercizio del portale del dipendente nel quale ciascun dipendente

potrà verificare le proprie timbrature, oltre che gestire le richieste per i propri congedi. Rimane

inoltre da attivare il collegamento tra le ore lavorate ed il programma paghe al fine da eliminare

l'attuale inserimento manuale degli oltre mille cedolini per il calcolo delle paghe

•

## relazione Caruso

..

♀

•

•

.-

.-

Situazione macro appalti: che cosa ha trovato questa Direzione

•

•

.,

•

.);"

..

.,

•

.,

•

### Manutenzione

La struttura ospedaliera, costruita negli anni '60 (al grezzo) e ristrutturata negli anni '80, è di proprietà

## relazione Caruso

dell'Ecc.ma Camera e concessa in comodato all'ISS. Per tale motivo la progettazione delle opere di manutenzione straordinaria e ristrutturazione sono state affidate da sempre all'Ufficio Progettazione mentre la manutenzione ordinaria è in capo all'Ufficio Tecnico ISS. All'interno dell'Ufficio Progettazione (Ufficio della PA che si occupa in generale di tutte le opere pubbliche o di interesse pubblico e di impianti) il referente degli interventi alla suddetta struttura ospedali era è stato, negli ultimi tempi, il Dirigente UP. Gli interventi in capo all'UP, volti alla riorganizzazione funzionale dell'edificio ed alla sua conseguente trasformazione ed evoluzione nel tempo, sebbene siano stati sempre concertati con la Direzione ISS, mancano di una loro organicità e si connotano come "interventi spot" per rincorrere esigenze estemporanee o urgenze. La mancanza di una UO di progettazione interna all'ISS, composta da ingegneri specializzati in strutture ospedaliere (Figure che sono state inserite da questa Direzione Generale all'interno del Fabbisogno), ha fatto perdere il controllo complessivo sulla struttura.

L'Ufficio Progettazione, non avendo al suo interno personale specializzato e dedicato alla progettazione degli interventi sulla struttura ospedaliera, ha sempre affidato questo compito a professionisti esterni, differenti di volta in volta (secondo il principio della rotazione degli incarichi), che impiegavano logiche progettuali singolari e concepivano l'intervento come "a sé stante" anziché integrato all'interno di un organismo complesso ed articolato qual è una struttura ospedaliera. Fra l'altro l'iter di assegnazione degli incarichi impone tempistiche che non si conciliano con i tempi

## relazione Caruso

richiesti dai nosocomi in generale.

Per tale motivo gli interventi di manutenzione straordinaria e ristrutturazione sono stati progettati internamente dai tecnici dell'Ufficio Tecnico ISS, senza una supervisione ingegneristica e al di fuori delle competenze di quella UO, e senza le necessarie autorizzazioni edilizie (banalmente la modifica di una partizione interna richiede l'awio di una pratica edilizia).

Questa situazione ha determinato nel tempo una serie di problematiche, che si possono sinteticamente riassumere:

perdita di controllo sulla struttura ospedaliera e sua progressiva disaggregazione funzionale;

mancanza di integrazione fra interventi di riqualificazione impiantistica ed energetica ed interventi di riqualificazione architettonica e funzionale;

modifica delle strutture portanti dell'edificio in mancanza di una coscienza strutturale generale

Gli attuali appalti Iss per forniture e somministrazione di servizi attinenti alle manutenzioni di edifici ed impianti esclusi gli impianti specifici ospedalieri. gestiti dall'Ufficio Tecnico sono:

Servizio per esecuzione di manutenzione ordinaria degli impianti elettrici ed affini

Servizio per esecuzione di manutenzione ordinaria degli impianti idraulici  
I condizionatori I

relazione Caruso

termici e affini

Servizio per esecuzione di manutenzione ordinaria di serramenti e affini

Servizio per esecuzione di manutenzione ordinaria edili degli edifici ISS

Servizi per l'esecuzione di tinteggiatural opere in cartonassero e  
controsoffitti in fibra per  
edifici dell'ISS

♀  
•

NOTE INERENTI ANNI 2012-2014

ANNO 2015 ANNO 2015

T

VALORE COSTO ORADITTA  
ANNO 2015

„

„

ANNUALE RIO PER INOGGETTO  
I DENZA

FORNI- PRESUNTO TERVENTI I ANNO 2012 2013 2014  
DEL- TRICE CANONE FISSO

SCA- ANNO ANNO

DEL CORRI- STRAORDINARI I DELL'AP

PALTO L'AP- DEL PER MANU- IMPORTO



SPETTIVO E IMPREVISTI SERVII  
IMPORTO IMPORTO

PALTO TENZIONE ANNUALE

PER INTER- (C.D. INTER- ANNUALE  
VENTI LIQUIDATO

ZIO ORDINARIA ANNUALE

VENTI LIQUIDATO LIQUIDATO

EXTRA-APPAL

EXTRA APPALTO  
TO)

,.' .  
..... . ::" ,

FATIU- FATIU

!.'~> " ;~; : RATO RATO

•

<~ ..... (Gara con TOTALE TOTALE

I ,;:'

offerta a FATIURATO

;SE,~VI,--,-' : " € 31,20/ora € €

relazione Caruso

ribasso per TOTALE

dalle 7.00 299.608, 219.304,

: " ~ ~ { ~ ! l ) ' ; ' centuale) €

alle 19.00; 70 14

306.448,09

Zi " ~ 1

M € € 40,95/ora PER CAPER  
CA

., ' TENO31/  
1 KACH 40.954,20/ PER CANONE  
NONE

€ fuori dal

:.NEOR: :.: 2/20 SRL anno per NONE €

18.624,41 normale €

.biNARIA 15 (RSM) presenza in €

orario di 24.240,2 27.289,0

DEGu :.:': : strutture 24.240,24

.\_.-!>,Jò"l' "\_l.!l . i"; lavoro 4 6  
~MP~i'fq 155

relazione Caruso

+ € 1,47271

di un addetPER  
EXTRA

•

..~::~" . , perreperibiPER  
EXPER  
EX

€

...,t()\_.P~r::: .. TRA

X !:l.~I ,., \_ 'lit~ TRA

i. \_;:::; ;: " • •: .. \_oAOore 282.207,85 € €

:- '!' --. . . \$.~ttiIT@J~U: 275.368, 192.015,  
~ -- .- 46 08

(Gara con FATIUFATTUofferta  
a

RATO RATO

ZIO PER • . .  
.. ribasso perTOTALE  
TOTALE

FATIURATO

ESECU': !. centuale) € €

relazione Caruso

TOTALE

)· ~()NEDI . 119.298, 304.357,

€ 31,20/ora €

• €

59 14

dalle 7.00 331.725,09

·#t::idf'2 NEW 41.580,00/

: 'NE""DR-" alle 19.00;

PER CAPER

CA

anno

,DINARrA . 31/1 GATTEI PER CANONE

per € NONE

DE~U"~ ::- 2/20 IM- € 37,80/ora NONE

15 PIANTE presenza in 18.150,00 €

€ €

'IMPIANTI fuori dal

. SRL strutture 32.602,2 32.602,2

Il)RAU-'.'', normale 32.602,20

relazione Caruso

'iiciT !-. .' (RSM) 155 orario di  
O O

di un addet

.CONDI" : . PER EXTRA

lavoro

to per PER EXPER  
EX

€ TRA

nAO ore TRA

i.WfJit>.

299.122,89

, TERMICI. settimanali € €  
E~Afa~~'i, + 86.696,3 271.754,

l: . " ~3S:566,OQ 9 94

\_,,!'....'' . ... .

•

♀

-

relazione Caruso

FATTU- FATTU•  
RATO RATO

(Gara con TOTALE TOTALE

offerta a FATTURATO

e e

ribasso per- TOTALE

e 31,04/ora 76.306,4 54.398,1

centuale) e 8

dalle 7.00 5

130.687,67

alle 19.00;

., No€

PER CA- PER CA t4ANLF""

31/1 VALLU20.685,00/

PER CA- NONE NONE

€ e 40,332/

• ,TENZIO- ., 2/20 MINIO anno per NONE

45.038,64 ora e e

~EO~ ;, 15 SRL presenza in € 17.803,3 17.803,3

fuori dal

relazione Caruso

, DINARIA. · (RSM) 17.803,32

strutture

normale 2 2

J)t~~R155

orario di

RAMENTI PER EXTRA

di un addet

lavoro. PER EX- PER EX

E,AffINI , e

to per

;'~.;:: ?'~:'. ": ~'; TRA TRA

.. 112.884,35

n.20 ore

. . . .; . . .;: ! ,

settimanali

• e e

58.503,1 36.594,8

36

.. " " ~ ; ! : : ! :

' , . , AM " ~ 20,15 .

, " " - : , , , : - ; : : !  
, - - , , : : ; : . . , .

: : : " : : , , - : , : : : " "

- 
- 

: VALORE PRE- '  
 . " , , SUNTO DELLA , , '  
 " MA ! ' FUTE ~ O - NOTE '

! : . . ' < : ~ , ~ / 0 { : . : ~ - ' : : - " - : "

, , - , - ' . . ~

, , : : - ' : : - . ' : : ; : , '  
 t • ' 5 " : ? ' ! , " " ; ' ~

..  
..

Prezzi vari  
ad ora,

! : : T i : : : ! : : : : ! : , , . . , : : : " ! : : : : ! : ! : ; : ) : : : !

, ,  
, ,

giorni, mq  
in gara per nolo



relazione Caruso

stimate n. ponteggi,

SERVI-i '

1.500 ore martelli,

ZIO PER .

ordinarie/ taglio muri L'ESEC~ L EDIL(  
Gara con

anno ecc.

ZIONEDI ' offerta a FATTUFATTU

TEK D1

+ 100 (v. capitola

MANU-: , ..., RATO

SAN ":, ribasso perFATTURATO  
RATO

.. TE/IIZIO-' , 31/1 ore/anno to e Lettera

centuale) TOTALE TOTALE TOTALE

TOU~J

• NEOR-" , 2/20 fuori nordi

Aggiudi€

e e

' DINARIA., 15 Ro~ male oracazione)+

relazione Caruso

BERi~ € 200.927,96 217.683, 178.727,

EDILE ' NO: -" rio di lavo- e 28,00/ora 22 65 '

80.694,00/

".DEGU "";::; ro dalle 7.00

(RSM) anno

EDIFICI "" + varie alle 19.00;  
ore di no

,~,~~~R.,/j{i,:

leggio, mq e 28,g8/ora

.. ecc. ecc . fuori dal  
normale  
orario di

lavoro .

..

..

"" ,

•

•

Pagina 42 di 81

•

♀

., .. I

Prezzi al mq

• I

SERVI,~I e mi per  
PER I tinteggiatu

in gara

L'E5Eèu-" ra, carton

stimate n.

ZIONEDI gesso, iso

50 ore

TINIEG- (Gara con lanti, stuc-  
GIATU"" . •. ordinarie/

., LA offerta a catura ecc . FATTU

.RA/OPE- anno FATTU

relazione Caruso

.. SPLEN ribasso per- (v. capitola- FATTURATO RATO

RE IN 31/1 + 20 ore RATO

• DOR centuale) to e Lettera TOTALE TOTALE

CARTON-. 2/20 fuori nor- TOTALE

SERVI- - di Aggiudi- C (

GESSO E 15 male ora- C

CES C cazione)+ 100.970,71 31.862,7

• CONTROLLO~.

rio di lavo- 9.165,78

SRL 54.002,10/ per lavori i n 2

SOFFITTI

ro

anno economia:

IN FIBRA

+ vari la-

C 27,68/ora

- 
- 

•.PER EDI- ::

## relazione Caruso

vori

dalle 7.00

FIC(~, .\_,~ .

a mq e mi

, .

- DEL- alle 19.00;

. . ,

L'ISS " e

<~;\_:::- :!'\_"(' C 36,33/ora

fili

4; Il totale dei costi della manutenzione ordinaria anno oggi si aggira quindi sulle 800,000 euro, decisamente troppo,

Pulizie

L'appalto per la fornitura di servizi di pulizia delle strutture appartenenti all'Istituto per la Sicurezza Sociale è stato aggiudicato a luglio 2011 ed è formalmente iniziato a gennaio 2012.

- Nel 2015 questa Direzione Generale ha dato indicazione di ridefinire il capitolato dell~ gara, adattandolo alla procedura in essere nel territorio italiano più vicino

## relazione Caruso

geograficamente. È stato utilizzato come modello quello della procedura indetta dall' Azienda USL della Romagna per l'affidamento del servizio integrato di pulizia, sanificazione e disinfezione ambientale.

I punti fondamentali da cui si è partiti sono stati la conferma della procedura di licitazione pri

.. vata, estesa a tutte le ditte iscritte o iscrivende al Registro Fornitori della Camera di Commercio di San Marino; la suddivisione della gara in due lotti rappresentati dall'edificio dell'Ospedale di

•

Stato (e di tutti i servizi 1.5.5. connessi) e dalle sedi decentrate. Si è inoltre condiviso di estendere

la partecipazione alle ditte estere in Associazione Temporanea d'Impresa (ATI) con ditte

sammarinesi, definendo un massimo di tre ditte per singola ATI di cui almeno una ditta sammarinese con non meno di 5 dipendenti.

La revisione del documento non ha stravolto l'impianto originario del capitolato, ma è stata riveduta

e riorganizzata la parte tecnica, definendo in modo univoco i diversi livelli di rischio e le

relative procedure di pulizia ordinaria e periodica. Ciò ha comportato la conseguente rivisitazione

del Capitolato Generale. Si sono introdotte le figure delle Infermiere del Comitato Infezioni,

appartenenti al Coordinamento delle Professioni Infermieristiche e Tecniche, quali co-responsabili

di 2o livello. Infine si è proposto di individuare il Direttore Sanitario quale responsabile di 3o

livello (rimane in capo al Direttore Amministrativo l'autorizzazione al

relazione Caruso

pagamento dei lavori effettuati).

• Parallelamente si è provveduto a dare una nuova e più fruibile veste grafica alle metrature esi•

stenti, mediante un file excel che - una volta rivisto e corretto dai vari direttori di dipartimento

- rappresenterà un fondamentale mezzo di interlocuzione con le ditte partecipanti.

Per quanto riguarda le tariffe, sarà valutato come confronto il tariffario che l'Azienda USL della

Romagna sta ultimando, relativo alla base di gara per l'appalto delle pulizie

Il prossimo mese di marzo 2016 servirà a recepire le eventuali modifiche al Capitolato Tecnico.

Terminata questa fase, il documento sarà trasmesso all'Economato 1.5.5., dove si provvederà all'integrazione

con la parte generale. Infine, ultimate le metrature, si potrà licenziare il docu•

mento e bandire l'avviso di gara.

Nel 2014 la Splendor attuale ditta aggiudicataria ha fatturato per € 1.451.291,67 di cui €

191.085,99 per extra appalto (nella tabella sono evidenziati gli importi per ogni ambiente/servizio).

Nel triennio 2012-2014 il costo medio annuale, extra compresi, è stato di € 1,452.221,42.

,•

...

♀

,•

•

ORE TRASPOR

SO

TI/

STIT. ORTOc..  
PULI

TRA

SANIFISALA  
SALA PEDIA PISCIcun  
SAWINTERZIE  
PRO

SLOCHI

CAZIONI OPEOPECHINA  
COLONA  
DIR. TE VENTI (PREDOTTI

(PRE.

SEDIE RATO- SALA RATO- RURSERO  
RE DEL OSPESANIMURAOLTRE  
VENTI- PISCI



relazione Caruso

VENTI

201<4 ECC. RIA PARTO RIA GIA MINORI GRANO DALE TARIA TA  
365 VI) NA

- 
- 

VI)

Gen 14 312 42,5 289,5 4,5 27 347,7 548,7 82,18

Feb 16 281 38 278 5,5 6 36 495 1412,6 82,18

Mar 32 306 41,5 307,5 14,5 30 96 9 227,7 O O

Apr 15 297,5 40,5 273,5 5 30 81 9 316,8 312,06 82,18

Mag 40 327,5 42 298,5 5 30 19 18 9 59,4 458,94 82,18

Giu 292 40,5 305,5 5 30 20 18 33 6 752,4 258,2 82,18

Lug 32 309 45,5 321 4,5 33 30 53 297 19,8 82,18

Ago 17 307,5 40 294 5,5 30 36 27 59 507,1 O 82,18

Set 42 291 42 315 4,5 31,5 39 78 O 604,55 82,18

Ott 10 313,5 316,5 4,5 33 78 60 39,6 o 82,18

Nov 25 283 40 296,5 5 30 117 5 58 39,6 219 82,18

- 

Con tale gara si superera' l'attuale pagamento ad ora di alcuni settori chiave dell'ospedale

- come il blocco operatorio e si definira' il controllo Qualita' che oggi non avviene o e' molto scarso e mal definito nelle responsabilita'

- 

..

♀



## relazione Caruso

- aumentare il rischio di errori (es. nell'ospedale esistono più registri di carico e scarico tenuti da persone diverse quando ne sarebbe sufficiente uno per tutta la struttura compilato da persone formate per tale compito). Il registro tenuto presso la Direzione Infermieristica, che gestisce i rifiuti prodotti in maggiore quantità, diversi errori di compilazione, che con un corso di formazione sono facilmente superabili, il personale incaricato della compilazione ad oggi non ha ricevuto alcuna formazione al riguardo; assenza di un referente unico che segua la tematica rifiuti: l'importanza di un processo così delicato e tecnico come la gestione dei rifiuti deve governato da un gruppo di lavoro coordinato da un referente unico che abbia le competenze necessarie e che si interfacci con la Direzione Aziendale, che mantiene sempre una responsabilità di garanzia, e con gli altri attori coinvolti (servizi produttori dei rifiuti), perchè ovviamente ogni produttore deve essere responsabile dei rifiuti prodotti (es. Farmacia, Tecnologie Biomediche, coordinatori di Unità Operativa, servizio tecnico, ecc), nonché con il servizio Economico deputato agli acquisti.

Come già illustrato nel punto precedente attualmente presso l'ISS le varie parti che gestiscono i rifiuti sono slegate una all'altra e non esiste una figura che tiri le fila del processo e che abbia una visione di insieme. Una figura competente che abbia chiari i percorsi dall'inizio alla fine può dare un valido supporto dal punto di vista tecnico alla Direzione Aziendale ISS nelle scelte strategiche da attuare in futuro, prospettando varie ipotesi di gestione;

## relazione Caruso

difficoltà nella gestione delle pratiche di spedizione transfrontaliere dei rifiuti: nel momento in cui i rifiuti devono essere spediti in uno Stato estero è necessario avviare una pratica specifica che prevede una serie di passaggi tra alcuni soggetti (Notificato re, Autorità Competente di Spedizione, Autorità Competente di Destinazione) e la compilazione di vari documenti, si tratta di un iter dai tempi abbastanza lunghi e, proprio per questo motivo, deve essere condotto in maniera coordinata tra chi detiene le informazioni tecniche (tipologie di rifiuti prodotti, codici CER, quantità da smaltire, ecc) e chi detiene le informazioni amministrative (es. antimafia, fideiussione) con delle tempistiche rigorose, altrimenti la conseguenza è un forte ritardo nello smaltimento e un preoccupante accumulo di rifiuti che crea problemi, anche logistici, non indifferenti;

costi di smaltimento rifiuti che rischiano di essere eccessivi: lavorare senza una regia unica e una visione complessiva, lavorare in urgenza (es. accumuli di rifiuti, necessità di installare e noleggiare più container per metterli in deposito) comporta anche sprechi economici. si è avuto modo di rilevare inoltre dei prezzi piuttosto alti rispetto a quelli di simili gestioni ad esempio la gara Intercent-ER dell'Emilia Romagna sulla gestione dei rifiuti sanitari in particolare per le seguenti tipologie,

♀

„

relazione Caruso

nella colonna ISS i prezzi offerti da una ditta di San Marino:

..

15.01.10\*

16.05.06\*

." •

18.01.06\*

18.01\_07

18.01.08\*

18.01.09

18.02.08

imballaggi contenenti residui di sostanze  
pericolose o contaminati da tali sostanze 2  
sostanze chimiche di laboratorio contenenti  
o costituite da sostanze pericolose,  
comprese le miscele di sostanze chimiche  
di laboratorio

6

sostanze chimiche pericolose o contenenti  
sostanze pericolose 10

sostanze chimiche diverse da quelle di cui  
alla voce 18 01 06 40

medicinali citotossici e distensivi 160

medicinali diversi da quelli di cui alla voce  
1801 08 6

medicinali diversi da quelli di cui alla voce  
180207 800

## relazione Caruso

p~e#ogara.. Inte,r.: ·....  
sent~R€/kg \.,

0.76

1.5

0.76

O\_55

1.05

1.05

1.05

- Si sta procedendo quindi a redigere un capitolato per una nuova gara a tendosi di professionalità competenti ad hoc e per il tempo strettamente necessario.

L'Assicurazione per il rischio sanitario

L'assicurazione per il rischio sanitario è una delle più importanti voci di costo per l'Istituto. Il rischio è connesso alla specifica tipologia delle prestazioni sanitarie e nella valutazione che una compagnia effettua prima di assicurarlo. Vengono presi in considerazione la fiducia e la professionalità di cui godono la struttura e il personale sanitario, ma anche la situazione pregressa degli eventi di rischio.

L'ISS fino a gennaio 2016 aveva in corso una polizza con un premio di 950 mila Eur. secondo un polizza precedentemente stipulata

## relazione Caruso

Questa Direzione Generale ha fortemente avviato sin dal suo insediamento una

•

gara per l'incarico di Broker e successivamente si è avviata la gara per la polizza.

Il risultato di tutto ciò ha portato ad un risparmio di oltre 150 mila Euro rispetto alla precedente polizza per il primo anno e ad un risparmio di circa 450.000 euro nel triennio.

C'è da evidenziare che il clima di incertezza e di allarme ingiustificato che viene oggi

- spesso accostato a qualsiasi attività dell'Istituto dallo sciacallaggio mediatico, ha reso questo risultato non scontato.

E' opportuno sottolineare come difficilmente una compagnia decida di assicurare un Ospedale soprattutto quando si parla in maniera strumentalmente incosciente di malasana e di clima di sfiducia.

..

..

Infatti su 12 compagnie internazionali e italiane, solo 2 hanno partecipato: una era la com

pagina che già assicurava l'ISS, e che quindi conosceva in maniera diretta la situazione e poteva

- supportare la propria valutazione in maniera oggettiva e precisa, e l'altra è la SHAM, che a sua

relazione Caruso

volta ha potuto approfondire le proprie valutazioni ed risultata aggiudicataria della gara.

Queste considerazioni valgono anche per il ricorso alle prestazioni fuori territorio, che per

- 

- Pagina 46 di 81

♀

...

durando questo clima mediatico ingiustificato, strumentale e foriero di pericoloso allarme sociale,

- 

- 

possono vedere una impennata con aumento dei costi da sostenere, in presenza quindi di un danno economico emergente e di un "Iucro"cessante.

In relazione alla nuova gara assicurativa la franchigia a carico dell'ISS e' di 30.000 euro per ogni sinistro. Nel previsionale 2016 e' stato cautelamente per la prima volta nella storia dell'ISS istituito un fondo per i sinistri in franchigia di 150.000 euro anno, corrispondente a 30,000 per 5

- " sinistri.

Tale fondo per l'anno 2016 è già ad oggi marzo 2016 stato utilizzato per circa tre sinistri

occorsi nelle unita' operative chirurgiche di ginecologia e ortopedia riferiti agli anni 2011 e 2012.



relazione Caruso

In totale la cifra pagata per i sinistri rimborsati dalle vecchie compagnie negli anni

.. 2011-2012-2013 sono stati 2.920.000 euro e i reparti interessati maggiormente sono quelli con maggior rischio anche in Italia e nelle classifiche internazionali e cioè Ortopedia, Chirurgia e Gine

- cologia, tutte discipline chirurgiche.

E' pertanto intenzione di richiedere che i medici che vengono assunti a San Marino autocertifichino

la esistenza di eventuali provvedimenti/procedimenti penali in Italia; a tala proposito si

è incontrato insieme alla Segreteria di Stato il Presidente dell'Ordine dei Medici di Rimini al fine di

.. concordare un protocollo di scambi informativi reciproci sui medici.

- 

Di questo IL Presidente dell'Ordine dei Medici di Rimini si e' dimostrato molto favo

revole. in quanto di utilita' reciproca dato che molti nostri medici sono iscritti all'Ordine dei

medici di Rimini e in altri Ordini della Romagna.

- 

- 

•f!

...

## relazione Caruso

- Pagina 47 di 81

♀

Budget 2015

"

"

All'insediamento di questa Direzione non era presente un documento di Budget dell'azienda probabilmente perchè il 2014 per la precedente Direzione Generale era stato un anno conclusivo e • quindi di transizione.

La Direzione generale quindi ha elaborato un documento relativo alle indicazioni generali per le unita' operative per la stesura del budget 2015 tenendo conto dell' allora ancora emanando Piano socio sanitario.

•

• Nell'anno 2015 la Direzione Generale le linee guida programmatico-politiche da livello strategico a livello operativo tenendo conto di quattro prospettive organizzative:

..

..

- 1) prospettiva pazienti/fruitori dei servizi
- 2) prospettiva economico-finanziaria
- 3) prospettiva dei processi interni

•

•

- 4) prospettiva di innovazione e crescita

## relazione Caruso

per ogni prospettiva delle quattro, si sono declinate le azione strategiche 2015 e da queste gli obiettivi operativi e gli indicatori di risultato.

Considerazioni generali di contesto che sono state propedeutiche alla elaborazione degli obiettivi di budget 2015

L'anno 2015 si e' caratterizzato in ambito sanitario per San Marino, come un anno di cambiamento, in quanto si è, con il 10 gennaio 2015, completato l'iter di rinnovamento della Direzione generale e del Comitato Esecutivo .

..

Il senso di questo cambiamento e' consistito fundamentalmente, in un percorso di fertile

- contaminazione culturale con temi e approcci di responsabilizzazione personale e sociale, di integrazione di idee e pratiche. di patient centered care e di efficienza organizzativa e professionale e di operation management.

Queste parole chiave racchiudono, nella loro sintesi, progetti e programmi sia di implemen...'  
tazione che di miglioramento, che questa Direzione Generale e questo Comitato Esecutivo

- d'intesa anche con la Segreteria di Stato per la Sanità, hanno voluto portare avanti per il prossimo triennio, di cui il 2015 è l'anno starter.

Der resto il contesto economico e sociale a San Marino, risente della lunga coda della crisi

## relazione Caruso

economica 2009/2014 che sta ancora invadendo a livello di famiglie e di aziende e questo si ripercuote nel senso di determinante di salute in maniera sfavorevole perché tende ad aumentare le

•fii

disuguaglianze nell'accesso alle risorse.

Fortunatamente da questo punto di vista, San Marino ha ancora un sistema universalistico

ad ampia copertura per quanto riguarda la gamma di prestazioni offerte sia direttamente (prodotte all'interno delle strutture ISS che indirettamente (acquistate in strutture sanitarie italiane) ciò nonostante

la recente riduzione di finanziamento del Capitolo Assistenza Sanitaria contenuta nel bilancio

2015 che ha imposto una profonda azione di spending review che ha richiesto, richiede, e ri

..

• chiederà affinché non si traduca in un acritico taglio lineare, riflessioni e pratiche condivise e coerenza di sistema.

.. Il fattore motivante più importante che questa direzione ha messo in campo per il 2015 è un robusto piano di formazione, intendendo in questo caso, per formazione, una formazione trasver

...

Pagina 48 di 81

♀

## relazione Caruso

sale "ad ampio spettro di azione" che coinvolge sostanzialmente tutti gli ambiti professionali: infermieristico e tecnico, medico specialista, medico di medicina generale, amministrativo e intesa come un cantiere di competenze e di motivazione al benessere organizzativo ed individuale.

Gli argomenti macro che la formazione ha affrontato nel 2015 sono rappresentati da:

accreditamento istituzionale in quanto nel 2016, in accordo con l'Authority sanitaria, dovremmo procedere all'accreditamento completo;

chronic care model ovvero medicina di iniziativa come modello per la gestione delle malattie croniche per accompagnare l'importante e prioritario progetto di riorganizzazione delle cure primarie;

responsabilità del personale in quanto la formazione può generare energie nuove e trasformazione di comportamento con atteggiamenti più sensibili alla responsabilizzazione, al senso di appartenenza, al benessere personale ed organizzativo, alla esigenza di collaborazione e di relazione fra colleghi e fra professionisti e assistiti;

integrazione e team building data la necessità di far parlare i tre Dipartimenti in cui è articolato l'ISS e le unità operative all'interno di ogni Dipartimento sviluppando una logica di team di professionisti che accompagnano e definiscono il perimetro e i contorni dei principali percorsi di pazienti;

coaching sul cambiamento per fare conoscere e fare agire strumenti effi

## relazione Caruso

caci e concreti di cambiamento lavorando su tre dimensioni:

dimensione cognitiva

dimensione delle emozioni

dimensione della relazione

programmazione sociale con l'obiettivo di mettere a sistema gli strumenti di

pianificazione e Controllo e di renderli coerenti con il processo di rendicontazione Sociale e che

l'ISS svilupperà nel 2016 attraverso la redazione del Bilancio Sociale relativo all'esercizio 2015 e in

uscita nel primo semestre 2016 con i dati complessivi chiusi del 2015.

In tale ambito ci si propone di dotare di strumenti di contabilità

economico-gestionale, sotto forma

di reportistica che siano di oggettivo supporto sia al processo decisionale strategico della Direzione

Generale e del Comitato esecutivo ISS, che al governo dei Dipartimenti e delle Unità Operative

da parte dei Dirigenti sanitari, medici e non e Amministrativi;

appropriatezza d'uso delle risorse per fare condividere ai colleghi prescrittori,

quindi medici in primis, l'importanza della efficacia e dell'appropriatezza delle richieste di esami di

laboratorio e di radiologia nella erogazione di DRG e/prestazioni ambulatoriali, nonché per rendere

evidenti anche ai cittadini i rischi iatrogeni che sono sottesi alla esecuzione di esami plurimi spesso

superflui e a lungo andare dannosi o non necessari per il sospetto diagnostico che si è ipotizzato;

violenza di genere per un raccordo con l'Authority per le Pari Opportunità al fine

di formare i servizi più a diretto contatto con il target femminile oggetto di

## relazione Caruso

maltrattamento e violenza

al fine di addivenire ad un protocollo di intervento pluri-istituzionale coerente , tempestivo e

concreto anche in sinergia con l'Italia, per quanto riguarda lo step "case di accoglienza" data anche

la ristrettezza geografica del territorio sammarinese.

know how exchange nell'ambito del Progetto OMS 2020 recepito dallo Stato

Membro di San Marino nelle Linee Generali di Indirizzo triennali

2015/2017 e nel Piano Sanitario

2015/2017.

La Repubblica di San· Marino, infatti, è leader nel progetto di cooperazione con l'Ufficio Europeo

dell'OMS che raggruppa gli 8 Paesi europei con popolazione inferiore ad 1 mln di abitanti.

.. Il focus del progetto è quello di scambiare esperienze e buone pratiche nell'allineare le politiche per la salute e lo sviluppo di questi Paesi. Tali politiche mirano promuovere la salute e a ridurre le

iniquità di salute agendo sui determinanti sociali.

♀

•

•

•

•

•

## relazione Caruso

- 
- 
- 

Questo corposo progetto formativo è già uno specchio degli obiettivi macro che questa Direzione generale vuole perseguire nel prossimo triennio, di cui il 2015 ha rappresentato rappresenta, come sopra ricordato, l'anno starter.

La negoziazione si è svolta in marzo e la firma si è completata in giugno per la necessità di poter disporre di informazioni relative a personale che è un importante fattore di budget dato che nel 2015 si stava già lavorando al fabbisogno .

Nel mese di Giugno inoltre si sono svolti regolarmente gli incontri intermedi di andamento degli indicatori fissati negli obiettivi e si sono analizzate le cause di scostamento al fine di modificare in alcuni casi gli obiettivi stessi.(Allegato documento di Budget 2015)

Ad oggi si sta lavorando agli obiettivi 2016 essendo che sono state emanate alla fine di febbraio le linee di indirizzo da parte dell'Authority sanitaria e sono state programmate le ne

goziazioni



## relazione Caruso

Il mese di marzo e' lasciato alle unita' operative per elaborare le proposte di obiettivi 2016

### TEMPI DI ATTESA.

I tempi di attesa costituiscono una priorità per tutti servizi sanitari pubblici e privati.

Gli standard cui fare riferimento sono quelli indicati nel piano socio sanitario e cioè:

30 99 per visite non urgenti

60 giorni per le viste di controllo

60 99 per le prestazioni

7 giorni per le viste in urgenza differibile

e 30 99 per gli interventi prioritari per tumore

In Italia dal 1998 ci si e' dotati di punti unici di prenotazione (CUP) che legano la prenotazione a sistemi informatizzati non personalizzati che agiscono con agende aperte nelle quali il sistema inserisce gli appuntamenti.

esiste una rilevazione nazionale di questi dati attraverso flussi regionali chiamati ASA con indicazioni

standardizzate precise per definire che cosa è prima vista, che cosa e' controllo, che cosa

significa e ogni quanto effettuare la "pulizia" della lista, nonché la rilevazione di precisi indicatori.

Ne nel 1998 ne' dopo San Marino ha sistematizzato questa problematica in questo modo, ora è

venuto il momento anche perché la esecuzione di prestazioni da parte dei nostri professionisti su

cittadini italiani passa attraverso rilevazione delle prestazioni con questo

relazione Caruso

flusso ASA che vale per  
tutte le regioni Italiane con le quali ci vogliamo scambiare, in particolare  
Marche ed Emilia Romagna

TEMPI DI ATTESA SAN MARINO FEBBRAIO 2016

Prestazione Attesa(gg)

Radiologia tradizionale 3 -Ecografia

..

140

Mammografia 3

Ecografia senologica 10 (120 screening)

TC addome 30

Te articolari 45

TC encefalo 20

Pagina 50 di 81

♀

..

..

..

RMN colonna 60

.....

..

•

•

## relazione Caruso

•

.....

...,

•

..

•

..

•

RMN articolari

RMN encefalo

Visita Ortopedica

Visita Terapia Antalgica

Visita Fisiatrica

Visita Oculistica

Visita Otorinolaringoiatria

Visita Dermatologica

Visita Allergologica

Visita Chirurgica

Visita Urologica

Visita Nefrologica

Visita Diabetologica

Visita Endocrinologica

Visita Reumatologica

Visita Pneumologica

relazione Caruso

Visita Neurologica  
Visita Oncologica  
Gastroscopia  
Colonscopia  
Colonscopia in sedazione  
Visita Cardiologica  
Visita Ginecologica

60

60

23

7

30

30

60

150

3

60

30

30

20

200

70

45

29

7

90

180

120

15

30

Dal confronto con tempi di attesa di alcune strutture dell' AUSL Romagna si evince come le criticità siano più o meno le stesse :

## relazione Caruso

ecografia addominale che è inflazionata come richiesta e riscontra un grado di inappropriatazza del 50% per cento, vista dermatologica per la inflazione di controlli che si vanno a mischiare ali prime viste, gastroscopia e colonscopia extra screening.

Questo significa che essendo lo screening del tumore del colon retto attivo le colon e le gastroscopie di screening hanno la priorità sulle altre che sono di controllo. Nell'ambito di quesiti diagnostici specifici che si discostano da quelli di screening che servono per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori.

Simile è anche il problema della rieducazione funzionale con la differenza che in Italia già con il piano nazionale della riabilitazione sono stati esclusi dai Lea alcuni trattamenti laser magneti terapia e massaggi in quanto di dichiarata non efficacia secondo le evidenze scientifiche internazionali

Da quanto riferito dal Direttore di Dipartimento Ospedaliero i tempi di attesa per i ricoveri in prioritari tumori sono effettuati entro 30-45 gg che sono standard accettabili esistenti anche in Italia

La U.O Ortopedia sta azzerando le liste sulla protesica e la ORL st acquisendo nuove sedute per ridurre le liste di attesa degli interventi chirurgici. Mancano tre strumentisti e un anestesista per poter effettuare sedute mattina pomeriggio 5gg alla settimana su 7 tali numeri sono inseriti nel fabbisogno e per gli strumentisti si è in attesa della firma degli

## relazione Caruso

♀

..

allegati D da parte del sindacato.

..

..

..

La presa in carico dei pz con prescrizione di Rieducazione Funzionale a San Marino

Attualmente la UOC di Medicina Fisica e Riabilitativa si trova a far fronte alla enorme richiesta inviata

soprattutto dai colleghi ortopedici di Rieducazione Funzionale, che viene prescritta alla maggioranza

dei pz che accedono a visita ortopedica e a tutti i pz acuti.

Pertanto la lista di attesa per RF(Rieducazione Funzionale) per pz ordinari, si è progressivamente

allungata ed attualmente vengono inserite in trattamento i pz visitati in giugno 2015;

Resta invece attualmente, a tempo zero la presa in carico (RF) dei pz post acuti

Pertanto si sta lavorando affinché i colleghi ortopedici prescrivano la sola terapia fisica per i pz

non acuti che attualmente a tempi di attesa variabili dai 7 ai 30 gg a seconda del trattamento richiesto.

Purtroppo a tutt'oggi continuano a pervenire richieste di RF per pz in visita ordinaria e la lista

d'attesa continua ad aumentare con progressivo malcontento del cittadino

Si è chiesto pertanto ai medici fisiatra di "ripulire" I lista, chiamando i vari pz e capendo chi ha risolto

il proprio problema e chi ancora è in attesa. Per i pz che ancora sono in attesa è necessario

chiamarli a visita fisiatrica per stabilire il trattamento necessario.

Una volta fatto il punto zero, la prescrizione della RF deve avvenire solamente d parte del medico

## relazione Caruso

fisiatra che in tal modo potrà gestire in modo più organizzato ed efficiente la lista d'attesa della propria specialita' .

..

..

•

•

♀

•

•

•

•

•

•

•

•

..

**IL BILANCIO DELL'ISS**

**CHE COSA HA TROVATO QUESTA DIREZIONE GENERALE**

**DIREZIONE AMMINISTRATIVA**

Il Bilancio dell'ISS non è esclusivamente il risultato dell'esercizio di una

## relazione Caruso

autonomia gestionale  
del Comitato Esecutivo che, come si è potuto rilevare, risulta peraltro molto limitata.

Su di esso risultano determinanti le politiche di finanziamento da parte dello Stato, la dinamica demografica della popolazione con gli effetti a livello di valore complessivo delle prestazioni previdenziali e sanitarie, le azioni di spending review e soprattutto le politiche relative al personale definite più in generale per la Pubblica Amministrazione. Tutto ciò ha influito in maniera determinante sia in positivo che in negativo sulla la definizione di interventi o azioni di riorganizzazione che erano stati rimandati o addirittura non erano stati previsti in passato e che ora che le risorse finanziarie risultano meno disponibili, non è più possibile rimandare.

Per un operatore economico di servizi del tutto particolare come l'Istituto, il personale amministrativo, sia in quantità che in qualità, è di fatto il fattore più determinante a tutti i livelli per la realizzazione di tali progetti straordinari di riorganizzazione e per la gestione ordinaria di servizi strategici ed essenziali, come l'economato, l'ingegneria clinica, il servizi tecnico, la gestione dei contributi, le prestazioni economiche, la contabilità e il bilancio, l'ufficio legale. La disponibilità di personale adeguatamente formato è condizione essenziale, sia in qualità e che quantità, per attivare o implementare anche quelle azioni di controllo e verifica interna necessarie per intraprendere con successo le azioni di spending review o di miglioramento organizzativo.

Purtroppo molti, se non la totalità, di questi servizi dipendono nelle figure



## relazione Caruso

dei ruoli apicali di responsabilità da poche persone e risulta pertanto molto difficile, se non impossibile, effettuare una produttiva analisi e un processo efficace di revisione organizzativa finalizzata a migliorare l'efficienza senza pregiudicare l'operatività ordinaria che fino ad ora, grazie all'impegno ed alla dedizione del personale a tutti i livelli, è stata comunque sempre assicurata.

Anche per l'ISS, come per tutti i soggetti economici, l'effetto segue sempre la causa che lo ha generato e la situazione attuale non può che essere il risultato di anni di gestione e pianificazione del passato, più o meno recente, nel quale probabilmente non si è ritenuto prioritario o opportuno attivare prima quegli interventi che oggi sono non più rimandabili.

I dati di bilancio di oggi sono infatti il risultato di anni precedenti, così come solo quelli di domani saranno il risultato delle attuali azioni e politiche di gestione.

Quello che ci si trova oggi a gestire con estrema difficoltà, è la conseguenza contabile di eventi, situazioni contrattuali o comunque impegni definiti da leggi o accordi che, nella maggior parte dei casi, hanno avuto origine in periodi precedenti anche di molti anni e che hanno interessato, oltre che l'Istituto, anche l'intero Paese.

Quanto alle modalità di contabilizzazione o ripartizione dei costi, oggetto di osservazione nel corso della presentazione del bilancio previsionale e anche di attenzione e rilievo da parte dei Sindaci, queste sono il risultato di prassi e disposizioni consolidate nel tempo. In particolare, la ripartizione delle spese generali fra comparto previdenziale e comparto sanitario e

## relazione Caruso

socio-sanitario

viene solo ora messa in discussione dopo che nella relazione al bilancio previsionale da parte proprio del Comitato Esecutivo si è data evidenza che tale criterio era operativo fin dal 1997 con disposizione dell'allora Consiglio di Amministrazione (Delibera 3 del 21 ottobre 1997).

Sulla base di tale criterio sono stati costruiti i bilanci di quasi 20 anni e si sono definiti gli stanziamenti nel Bilancio dello Stato .

♀

La modifica dei criteri di ripartizione delle spese può trovare realizzazione nella consapevolezza che, pur se diviso in comparti, il bilancio dell'ISS è comunque un bilancio unico e che il trasferimento della competenza da un comparto all'altro deve essere accompagnato da una revisione anche degli stanziamenti da realizzarsi con un importante assestamento a favore del finanziamento alla sanità.

Il punto di partenza per questo ragionamento è che pure con oggettive esigenze, evidenziate anche nei documenti del programma economico e con quanto indicato nelle linee del Piano Sanitario, che consigliavano implicitamente di aumentarne o quantomeno mantenerne gli importi, gli stanziamenti per il contributo al finanziamento alla sanità sono stati ridimensionati fortemente negli ultimi anni.

Bilancio del comparto Sanitario

L'entità del finanziamento della sanità di natura interamente pubblica introdotto con la Legge

## relazione Caruso

del 1955, è stato modificato in maniera sostanziale e significativa negli ultimi anni. Tale modifica

è stata avviata a partire dalle ultime Leggi Finanziarie, in particolare con l'Allegato Z della Legge

"Bilanci di previsione dello Stato e degli Enti Pubblici per l'esercizio finanziario 2012, Bilanci plu

riennali 2012/2014 e poi confermata nei successivi Bilanci previsione e nel Bilancio Pluriennale

2015-2017. La riduzione dello stanziamento da parte dello Stato nel triennio 2013-2015 (-4% per il

2013, -8% per il 2014 e -12% per il 2015) ha portato il trasferimento ai 61,5 milioni di Euro previsti

per il 2015 ai quali si aggiungono 2,5 milioni di Euro per accantonamenti e ammortamenti. Tale

previsione è stata rivista per il 2016 in 64 milioni di Euro.

Nella definizione degli stanziamenti ed in particolare su quelli sanitari risulta necessario

- considerare, come peraltro più volte evidenziato da questa Direzione Generale fin dal suo insediamento o attraverso colloqui e documenti tecnici, i seguenti fattori determinanti:

- la costante modifica della distribuzione della piramide delle età verso l'alto e in costante

evoluzione demografica,

- l'impatto della crisi economica europea e italiana che nel 2015 avrebbe toccato forse la

punta più alta con effetti rilevanti nella Repubblica di San Marino,

- la filosofia in itinere del nuovo Piano sanitario,

- le indicazioni provenienti dall'OMS con il piano Health 2020,

- la necessità di implementare servizi sanitari all'interno dell'ISS per poi procedere nel medio

periodo alla riduzione dei rapporti di consulenza e della mobilità passiva

## relazione Caruso

su quelle  
branche per le quali ancora esiste (riabilitazione intensiva, oculistica,  
otorinolaringoiatria,  
cure palliative, neurologia e malattie rare), avrebbero reso necessario il  
mantenimento del  
finanziamento per l'assistenza sanitaria a livelli superiori o almeno pari a  
quelli del 2014.

Tutti gli interventi previsti non possono essere realizzati e sostenuti solo  
con politiche di  
contenimento e razionalizzazione dei costi, già attivate negli ultimi esercizi  
e per le quali comunque,  
su alcune situazioni, i margini di intervento potrebbero avere ormai  
esaurito i propri effetti.  
Dovrà essere infatti posta l'attenzione anche sul rafforzamento delle entrate  
di ulteriori prestazioni  
erogate o mediante la revisione e la rivalutazione dei ricavi relativi a già  
prestazioni erogate.

Vale la pena ricordare come la sanità rappresenti un settore molto  
importante nell'economia  
di San Marino, pari a circa il 5,52% del PIL, valore comunque inferiore a  
tutti i Paesi occidenta

li. Negli ultimi anni gli obiettivi di finanziamento del settore pubblico sono  
sempre stati rispettati a  
fronte di un costante incremento annuo degli assistiti che dal 2005 ad oggi  
sono aumentati di quasi  
il 10% con una distribuzione per fasce di età che si attesta con una quota  
rilevante pari al 18,7% al  
di sopra dei 65 anni. A tale riguardo l'invecchiamento progressivo della  
popolazione comporta inevitabilmente  
una gestione integrata dei servizi sanitari e sociali e, in particolare, un  
incremento dei

relazione Caruso

costi sanitari per la gestione di anziani "fragili" con più patologie.

In questo contesto incidono sulla spesa anche le politiche aziendali di gestione del portafoglio

fornitori, condizionate dalle criticità di una normativa che rende complicate le procedure di acquisto

questo, ma soprattutto dai livelli di liquidità e dal debito, sia sanitario che previdenziale.

Pagina 54 di 81

♀

- 
- 

- 
- 

- 
- 

Le quantità ridotte di prodotti ad alto costo che l'I.S.S. acquista (pacemaker, defibrillatori e protesi ortopediche) sono già da sole elemento di difficoltà nella contrattazione dei prezzi che si accentuano con il dilazionarsi dei tempi di pagamento. Solo un eventuale intervento che consenta, soprattutto per gli acquisti di tipo sanitario, di potersi avvalere della collaborazione di altre entità

relazione Caruso

capofila o pool, anche esterne, nella gestione degli appalti in grado di potere negoziare migliori condizioni di fornitura, come l'AUSL Romagna e l'Agenzia per gli acquisti Intercent ER della Regione Emilia Romagna, potrebbero contribuire alla razionalizzazione e al contenimento della spesa grazie ad economie che altrimenti sarebbero precluse all'accesso da parte dell'Istituto.

Precbnsuntiv620J5al

21/0212016

! Rette e costi per interventi € 952.366,70 : € 881540 ; di recupero sociale

! BimborsIpersb~tegn . .1' €105 ;277,87j . € 96.362  
Ieducati~oaiminod. pressOl  
i Istitutiscolasticifuoriterri~ j[  
ltorio . '--;. l

·-

L:.\_.:c\_ . - ----:....,O..

....H \_\_ •.=.

..\_.-===-====' .....c.==o.-.c. ---='='====-===)

Rette per affidamento e € 83.287,28 - € 122.465,98 € 75.650 i  
assistenza ai minori

""~==""~'=""\_""~=='' \_-H= =;= \_\_\_\_\_

; COntribJtOa/l'AP.AS.: €29.497,50 ! - €129.497,50 €13t.181

Contributo alle colonie € 88.250,00 \_ € 88.250,00 €8.250 \_  
montane



## relazione Caruso

-----  
-----  
-----  
-----

€ .t.464.791 ,35 .;[ :.. €1 .581.1 07,18 .1 €1.346.619,60 .

... "i. : . . .

### Bilancio del comparto Previdenziale

La gestione pensioni, per quanto riguarda la componente più rilevante relativa ai Subordinati/

Dipendenti, per la prima volta ha chiuso nel 2014 con un disavanzo di circa 11,8 milioni di

Euro. Tale dato è stato assestato per il Bilancio 2015 dagli iniziali 9 milioni di Euro a 15 milioni di

Euro, mentre per il 2016 l'intervento dello Stato potrebbe essere anche superiore rispetto ai 17 milioni di Euro indicati in finanziaria.

♀

•

..

..

..

•



## relazione Caruso

”

•

•

•

Negli ultimi anni, in particolare dal 2011 al 2013, con l'art. 23 della Legge n.150/2012 e l'art.

21 della Legge n.174/2013, gli accantonamenti delle risultanze attive dei fondi pensioni maturate

(nel 2011 € 22.330.934 meno € 7.450.000 trasferit nel 2014, nel 2012 € 17.236.227, nel 2013 €

7.943.947, nel 2014 € 1.564.584), in relazione alla gestione della liquidità dello Stato sono stati

procrastinati su più esercizi. A partire dal 2016, le risultanze saranno accantonate sulla base di un

piano pluriennale di rientro (8 anni su con rate semestrali). Lo Stato a fronte del rinvio degli accantonamenti

ha riconosciuto annualmente fino al 2015 una redditività pari ad € 500.000 annui.

La gestione residuale, relativa agli artigiani e commercianti, nel tempo presenta una evoluzione

che sulla base dell'andamento degli ultimi anni registra una diminuzione di circa € 300.000/

annui con oltre 12 milioni di Eur nel 2015. L'evoluzione e l'andamento dell'erogazione di tali pensioni

dovrà tenere conto dell'aspettativa di vita e della possibilità di avere la reversibilità da parte

del coniuge o dei figli. Su un totale di 1035 titolari di pensioni, oltre 959

## relazione Caruso

titolari di pensione sono nella fascia di età sopra ai 71 anni e di questi risultano oltre l'aspettativa di vita: 117 uomini (aspettativa 81 anni) e 72 donne (aspettativa 86 anni).

Per il ripianamento del disavanzo della gestione residuale di questo comparto riferita agli artigiani e commercianti negli ultimi anni è stato effettuato un ricorso al prelievo dal fondo riserva di rischio per un totale di circa 38 milioni di Euro (2011 oltre a 12,5 milioni di Euro, 2012 circa 8,9 milioni di Euro, 2013 12,2 milioni di Euro, 2014 pari a 4,2 milioni di Euro)

I risultati attuariali attualmente disponibili confermano per la gestione pensioni un andamento già avviato negli anni precedenti. Come evidenziato anche dalla relazione sul sistema previdenziale dalla apposita Commissione studi istituita dal Congresso di Stato, viene confermato che la principale causa dello squilibrio del sistema previdenziale sammarinese risiede nel forte e rapido incremento del numero delle prestazioni erogate rispetto ai lavoratori attivi (un rapporto che quasi si triplica nei 50 anni di proiezioni) senza che vi sia, a compensazione, un aumento della raccolta dei contributi (che invece rimangono sostanzialmente invariati nel 2015) o una diminuzione delle pensioni medie .

Si tratta di considerazioni che vanno contestualizzate in un sistema economico che negli ultimi anni ha subito una riduzione, rapida e senza precedenti, sia del PIL che del numero dei lavoratori attivi che ha visto nel contempo l'adozione di misure per favorire o comunque mantenere l'occupazione che hanno provocato una significativa contrazione nei

## relazione Caruso

contributi per effetto di sgravi

o esenzioni o altre misure di incentivo il cui effetto è finito nel bilancio dell'ISS.

La Commissione Studi Previdenziali ha, nel corso degli ultimi mesi, attivato incontri con tutte le forze politiche, con le organizzazioni sindacali e datoriali e per potere definire su quali linee potere sviluppare le basi portanti del progetto di riforma delle pensioni che nella Legge finanziaria N.189/2015 è un obiettivo da realizzare entro il 30/9/2016.

Il Comitato Esecutivo ha preso atto delle motivazioni della mancata approvazione del bilancio da parte dei sindaci. relativamente agli esercizi 2013 e 2014 e per il bilancio 2015 e su Quello 2016 darà. nei limiti di Quanto sarà consentito dagli stanziamenti e dalle risorse uname che potranno essere assegnate in seguito ad approvazione del fabbisogno. esecuzione agli interventi necessari ad eliminare le criticità rilevate.

(v. allegato - lettera accompagnatoria al bilancio previsionale 2016)

Per il bilancio 2015 è comunque necessario attendere la chiusura e il completamento di tutte le registrazioni ancora in corso (l'incasso dei contributi del 2015 si è chiuso negli ultimi giorni di febbraio e così come le registrazioni delle fatture e dei relativi impegni per le forniture, che stanno ancora arrivando, sono in corso di registrazione).

Come per gli anni precedenti la chiusura del Bilancio 2015 avverrà entro la fine del mese di maggio 2016.

## relazione Caruso

♀

•

..

..

•

•

..

E' comunque opportuno evidenziare anche altre situazioni me meritano approfondimento in questa sede

La situazione di liquidità

La situazione di liquidità è uno dei problemi dell'ISS così come lo è per lo Stato.

Ma forse il più importante e determinante dei problemi nell'immediato con effetti che po

trebbero essere rilevanti. Costringe l'Istituto a modificare le politiche di acquisto o le priorità di in

tervento vincolandole alla disponibilità in termini di trasferimento

relazione Caruso

finanziario da parte dello Stato: gli

ordini di materiali essenziali vengono rinviati o frazionati, le priorità di interventi di manutenzione

ordinaria o straordinaria devono essere riviste o rinviate.

Tutto questo ha un costo diretto/immediato quantificabile in minori sconti o peggiori condi

zioni di pagamento quando non anche l'applicazione di interessi di mora per ritardato pagamento,

e indiretto/differito in peggiore qualità del servizio o in costi derivanti dall'acquisto di prestazioni

sanitarie all'esterno.

La criticità maggiore è che in caso di ritardi la fornitura di prodotti, servizi o prestazioni sani

tarie potrebbe essere messa a rischio con conseguente blocco di alcune operatività essenziali.

I crediti verso lo Stato

L'ISS vanta inoltre crediti nei confronti dello Stato relativamente ai trasferimenti previsti per gli stanziamenti annuali i cui importi vengono mensilmente accreditati sulla base dell'effettivo fabbisogno finanziario dell'Istituto.

Quando si parla di liquidità dell'ISS si deve fare riferimento ai trasferimenti definiti annualmente

## relazione Caruso

dalle leggi finanziarie.

E' con tali trasferimenti che l'ISS può fare fronte ai pagamenti connessi alla propria operatività ordinaria o a quelli riferiti a debiti contratti nel passato. Per questi ultimi si fa riferimento alle partite aperte con il Ministero della Salute per la compensazione nazionale delle prestazioni e con l'INPS.

Relativamente alla gestione dei fondi pensione per 40 milioni circa per effetto del mancato trasferimento previsto dalla Legge in caso di risultanze attive (riferite agli esercizi 2011 2012 e 2013) e per ulteriori 38 milioni per effetto dell'utilizzo del fondo comune di riserva di rischio per finanziare il pagamento delle pensioni della gestione residuale degli artigiani e commercianti si precisa quanto segue:

- La restituzione dei 40 milioni avverrà a partire dalla fine del mese di marzo 2016 sulla base di un piano di ammortamento definito dalla Segreteria per le Finanze e approvato dallo Consiglio di Previdenza della durata di 8 anni con rimborso a rate semestrali.
- La ricostituzione del Fondo Comune di Riserva di Rischio, come già previsto nella finanziaria per il 2015 e riproposto in quella del 2016 per il periodo fino al 2018, invece dovrebbe avvenire con la prima quota di 3 milioni riferiti al 2015 e proseguire anche oltre al 2018 quantomeno fino alla ricostituzione di almeno la metà del fondo iniziale.

- - Il trasferimento di liquidità delle risultanze attive e del Fondo Comune

## relazione Caruso

di riserva di rischio,  
seppure in maniera rateale, permetterà e l'investimento delle relative quote  
di ammortamento  
previste nel piano o nelle leggi finanziarie, nei fondi pensione consentendo  
di  
ottenere rendimenti per interessi superiori al compenso riconosciuto dallo  
Stato forfettariamente  
per 500 mila euro anche per il 2015.

Relativamente alla liquidità dell'ISS si deve aggiungere anche l'effetto  
economico del mancato  
trasferimento della liquidità relativa alla concessione degli sgravi fiscali di  
cui al Decreto- Legge  
27 giugno 2013 n. 72 che prevede la possibilità di effettuare  
compensazioni anche con i contributi  
sociali.

♀

•  
•

•

•  
•

•

•

•

## relazione Caruso

I crediti inesigibili e il fondo rischi su crediti

Una delle cause della mancata approvazione e della no opinion da parte del Collegio dei Sindaci Revisori è la non adeguata copertura dei crediti per mancati versamenti dei contributi.

E' opportuno tuttavia ricordare che l'Istituto deve fare fronte alle esigenze di bilancio con la

disponibilità dello Stato nei trasferimenti previsti dalla legge finanziaria. Solo un incremento dello

stanziamento consentirebbe di sanare tale situazione permettendo all'Istituto di destinare un ade

guato importo per l'accantonamento al fondo rischi su crediti.

I crediti inesigibili per mancati versamenti dei contributi sono una conseguenza di situazioni

passate e spesso di molti anni indietro e sono strettamente connessi al più generale andamento

dell'economia del Paese.

La classificazione dei crediti non in funzione dell'effettivo rischio, ma sulla base di un mero

criterio temporale (così come indicato per la prima volta nella relazione al bilancio 2014 redatto

dall'attuale CE) anche in questo caso è stata forse una scelta obbligata



relazione Caruso

degli anni precedenti e che

solo negli ultimi 2 esercizi è stata rilevata.

Una soluzione di questo rilievo che si affianchi alla possibilità di incrementare per tale fine

lo stanziamento, ma che porti ad una analisi approfondita di tali crediti rappresenta anche per que

sta Direzione Generale e per il Comitato Esecutivo una priorità che richiede però il supporto di

adeguato personale che al momento l'Istituto non ha. Per eliminare questo rilievo che è da consi

derarsi determinante ai fini di un giudizio di correttezza e adeguatezza, è quindi necessario preve

dere, anche mediante un eventuale incarico temporaneo a progetto, l'affidamento ad una struttura

con competenze amministrative e legali di un incarico finalizzato all'analisi e alla gestione di tutte

le eventuali fasi connesse alle posizioni creditorie su contributi del passato. considerato che per il

presente e il futuro tali attività dovrebbero rientrare nelle competenze dell'Esattoria della Banca

Centrale. Le competenze di quest'ultima ammontano a 500 mila euro/anno (nel bilancio 2014 sono

## relazione Caruso

stati registrate anche quelle del 2013)

All'analisi dei crediti in essere, da effettuarsi con il personale necessario, in ogni caso si deve affiancare l'implementazione di tutte le procedure di controllo che possano permettere il monitoraggio della situazione e l'adozione tempestiva, come peraltro si sta già facendo, di tutte le forme di recupero anche prima dell'iscrizione a ruolo e quindi dell'attivazione dell'intervento dell'Esattoria dello Stato.

### Gli ammortamenti

Ai fini dell'approvazione del bilancio da parte dei sindaci, è determinante anche il mancato ammortamento ("sterilizzazione") delle immobilizzazioni materiali negli ultimi anni. Si tratta di una situazione che è stata presa in considerazione dai Sindaci solo a partire dai Bilanci 2013 e 2014.

Sulla scelta effettuata nel passato, non di competenza di questo CE e adottate anche dal resto della PA, probabilmente risulterebbero state determinanti le esigenze di bilancio dello Stato.

E' evidente quindi come l'obiettivo primario di contenere lo stanziamento al comparto sanitario e socio sanitario abbia avuto la conseguenza, per i membri pro tempore del Comitato esecutivo degli ultimi anni anche per gli ammortamenti, così come per gli accantonamenti per rischi, di rivederne le priorità e importi soprattutto sulla base dei vincoli sugli stanziamenti per il concorso dello Stato alla gestione dei servizi sanitari e socio sanitari.

## relazione Caruso

In ogni caso a partire dal bilancio 2015, ancora in fase di chiusura, la contabilizzazione degli ammortamenti verrà effettuata, così come è previsto che lo sarà anche per i prossimi 2 esercizi grazie alla destinazione di fondi patrimoniali esistenti in bilancio formatisi nel passato come indicato nella Legge Finanziaria n.189/2015 per il 2016 al comma 3 dell'art.5 :

L'Istituto per la Sicurezza Sociale è autorizzato, per l'esercizio finanziario 2016, ad utilizzare il proprio patrimonio per un importo di euro 6.233.064,21 per la costituzione di fondo da destinare, per gli esercizi del triennio 2016 - 2018, agli ammortamenti ed agli accantonamenti al fondo svalutazione crediti

Si tratta di una operazione obbligata, ma che consente di potere gestire in pieno lo stan

♀

ziamento di 64 milioni di Euro altrimenti insufficienti alla copertura di tutte le spese obbligatorie del

- 
- 

l'Istituto e senza i quali non sarebbe altrimenti possibile garantire la continuità di tutti i servizi e prestazioni.

Si ricorda che le immobilizzazioni materiali riferite a attrezzature e macchinari in grandissima parte riferibili all'attività sanitaria o socio sanitaria rappresentano la parte più rilevante e am

## relazione Caruso

- 

..

montano a oltre 20 milioni di Euro .

Per il mantenimento della qualità dei servizi sanitari e per evitare il ricorso all'export sanitario

è fondamentale provvedere in particolare al rinnovo di alcune importanti attrezzature tecnico

sanitarie e impianti per i quali non sono più attive le garanzie o contratti di manutenzione. Come

detto in precedenza i relativi ammortamenti risultano ormai sterilizzati da alcuni molti anni (2011)

.. in seguito a decisioni dei precedenti Comitati Esecutivi condivise nell'ambito della Pubblica Ammi

- nistrazione, mentre solo dal 2015 è stato ridefinito uno stanziamento per questa di voce di bilancio.

Per le attrezzature medicati più sofisticate e spesso soggette a rapida obsolescenza dovuta

ali "evoluzione della tecnologia e della ricerca scientifica, si deve

putroppo fare fronte, spesso con

urgenza, all'acquisto di nuovi cespiti o per alcuni casi al noleggio, mentre

per quelli non più utilizzati

o inutilizzabil si deve prowedere a ridurre il valore corrispondente in bilancio oltre che soste

...

nere le eventuali spese di smalti mento.

## relazione Caruso

- 

Per il 2016, il piano investimenti del 2015 viene riproposto con alcune integrazioni rese necessarie in seguito all'ampliamento di alcuni servizi potranno contribuire alla riduzione delle prestazioni esterne.

- 

### Gli appalti e le modalità di acquisto dell'ISS

Il Comitato Esecutivo ha sollevato in più occasioni la criticità della gestione degli appalti sia per una oggettiva questione di organico che per la mancata previsione di norme specifiche relativamente agli acquisti del settore sanitario.

La Centrale Unica d'Acquisto non rappresenta la soluzione dei problemi per l'Istituto come già indicato nelle risposte alle interpellanze in materia.

- La quantità e la varietà della gestione di acquisti, che al momento interessano oltre 1000 fornitori, rappresentano un altro fattore di criticità per il numero limitato di risorse umano dell'organico dell'Economato per il quale il Comitato Esecutivo ha più volte e senza successo chiesto integrazione nelle sedi competenti.

Anche dal punto di vista delle registrazioni contabili degli impegni e dei pagamenti tale ... mole di lavoro appesantisce le attività della Contabilità .

- (i riferimenti sono allegati alla risposta ad una recente Interpellanza su appalti e forniture)

## relazione Caruso

### Gli immobili dell'ISS e gli affitti

Lo stato e la vetustà dell'immobile e la necessità di provvedere a manutenzioni straordinarie per ragioni di sicurezza (antincendio e antisismica) impongono molte riflessioni sul futuro della struttura mentre nell'immediato hanno comportato ad alcune scelte obbligate.

- 

Alla necessità di interventi straordinari, si deve affiancare anche qui l'imponente mole di attività e opere di manutenzione ordinaria che proprio lo stato dell'immobile rende necessario per mantenere la continuità operativa in condizioni di sicurezza.

Una parte del problema, come per la casa di riposo, è il trasferimento presso il Casale la Fiorina, oggetto di una operazione di acquisizione che riporterà sotto la gestione pubblica un servi

- zio in precedenza privatizzato, mentre per altre situazioni la Direzione della Medicina di Base e delle Cure Primarie si è provveduto a ricercare esternamente soluzioni a carattere temporaneo.

- Pagina 59 di 81

La ristrutturazione della palazzina dell'attuale casa di riposo consentirà di ampliare la disponibilità degli ambulatori specialistici di Otorino, Dermatologia, Oculistica. Per questi ultimi si è

## relazione Caruso

♀

•

•

•

-

•

•

...

•

•

•

..

già trovata internamente una soluzione ottimale, anch'essa temporanea, che permetterà di gestire

.fin dal prossimo mese tutte le casistiche senza dovere ricorrere a prestazioni esterne con un notevole risparmio.

## relazione Caruso

Gli altri immobili oggetto di attenzione relativamente agli affitti che l'ISS paga a priva

ti sono i seguenti:

Città: la scelta di dovere abbandonare la vecchia ubicazione è stata dettata da esigenze

Igistiche di accessibilità. L'immobile in affitto di proprietà della CES è stato indicato da Giunta di

Castello di Città e risponde a tutti i requisiti normativi. Il canone di affitto è di Eur 30.000/anno per i

primi 2 anni e poi Eur 25.000/anno. Proposto inoltre da CES, senza alcun obbligo contrattuale, il

prezzo per eventuale acquisto entro il 31/12/2018 a 320.000 Eur. Si tratta di una scelta che po

trebbe avere carattere definitivo vista l'ubicazione e l'ampia accessibilità dei locali da parte anche

dei disabili e di disponibilità di parcheggi nelle sue prossimità sia in Piana che in Via Giacomini che

in Via N.Bonaparte raggiungibili con gli ascensori.

Azzurro: soluzione temporanea per consentire la ristrutturazione delle aree attualmente .

dagli ambulatori specialistici e della stesse Cure Primarie nella palazzina della casa di riposo. Affit



## relazione Caruso

to da SO.GESAM che è conduttrice di leasing con CARIFIN/CARISP.  
Canone di Eur 20.000/anno

per i primi 2 anni e Eur 12.000 / anno per l'eventuale terzo anno. Le spese condominiali sono a

carico di SO.GESAM.

Montegiardino: previsto, ma non ancora confermato, lo spostamento degli ambulatori in

locali di proprietà della Parrocchia di Montegiardino al canone di Eur 9.000/anno per i primi 2 anni

e poi Eur 7.000.

Centro Salute Mentale: rinegoziate le condizioni del contratto in scadenza il prossimo giu

gno a condizioni ridotte di oltre il 50%. Previsto un contratto temporaneo in attesa che in seguito

allo spostamento della Casa di Riposo si rendano disponibili gli spazi necessari all'interno dell'O

spedale: canone per la durata di 2 anni a Eur 24.000/anno.

Servizio Minori - Centro Servizi: rinnovato contratto a inizio 2015 fino a novembre 2016

con Capitai Service srl per durata temporanea sempre per le medesime motivazioni legate agli

## relazione Caruso

spazi che si potranno renderanno disponibili anche in seguito al trasferimento della Casa di Ripò

so. Canone 14.000 Eur/anno

Farmacia di Borgo Maggiore: rinnovo al gennaio 2017 dell'affitto con canone biennale di

37.000 Eur

Altre situazioni immobiliari

Centro Sanitario di Dogana Serravalle c/o Centro Commerciale Atlante: i locali sono di

proprietà, ma ci sono spese condominiali rilevanti e superiori alla somma degli affitti dei nuovi am

bulatori di Città presso Condominio Porta San Francesco e della Direzione Medicina di Base e

Cure Primarie presso Centro Azzurro

Archivio ad Acquaviva: già deliberata' dal Congresso di Stato la cessione della proprietà di 112 dei locali concessi locazione allo Stato e destinati ad archivio e per i quali ISS ha percepito negli ultimi anni solo 1 annualità di affitto. Definito il valore di riscatto conteggiando i canoni non versati per circa 800 mila Eur. Tale importo potrebbe essere destinato a rilevare/acquistare immobili funzionali alle esigenze istituzionali dell'ISS sul territorio.

Deliberata dopo autorizzazione del Congresso di Stato la messa in vendita di una piccola

relazione Caruso

porzione immobiliare a Borgo Maggiore non utilizzabile per alcuna finalità istituzionale dall'ISS. Valore d'asta 38.000 Eur

In passato messa in vendita all'asta di immobile ad Acquaviva senza avere ricevuto alcuna offerta di acquisto.

Altri immobili risultano intestati all'ISS, sia a San Marino che in Italia, ma non risultano funzionali ad alcuna esigenza istituzional~ o di servizio. La disponibilità è stata comunicata alla Segreteria al Territorio

Dalla vendita di immobil come questi ultimi, non funzionali alle attività istituzionali dell'ISS, potrebbero essere recuperate le risorse per necessarie a rilevare/acquistare immobili per le esigenze operative dell'ISS sul territorio riducendo o eliminando anche del tutto gli affitti di cui sopra.

(i riferimenti sono allegati alla risposta ad una recente Interrogazione su affitti e immobili)

♀

•

•

•

•

## relazione Caruso

- 

- 

- 

### Gli incassi delle Farmacie

Le criticità delle farmacie sono legate all'implementazione del sistema informativo la cui

scelta è stata fatta nel 2013. L'attivazione di ogni modulo ha un impatto organizzativo importante

ma l'effetto complessivo dell'intervento deve essere visto in un periodo più lungo.

Per gli acquisti del centro farmaceutico, appena superate le criticità del momento, è già

stata prevista l'emissione di una gara d'appalto per la fornitura di tutti i farmaci. L'obiettivo è quello

di potere ottenere un risparmio significativo e nel contempo di semplificare procedure amministrative

di registrazione contabile e di gestione del magazzino.

Nel 2014 gli acquisti del settore farmaceutico hanno comportato costi per oltre 12 milioni di

Euro con ricavi per circa 7 milioni di Euro.

## relazione Caruso

Attivata convenzione SMAC per scontistica da maggio 2015 (importo di circa 100 mila euro

nel 2015, non previsti nel previsionale e 200 mila Eur annui dal 2016)).

La distribuzione dei prodotti per celiaci è fino ad ora effettuata con tutte le limitazioni che

l'ISS ha nella disponibilità di locali e di personale. L'emanazione di una legge che preveda un contributo

fisso per gli assistiti celiaci risolverebbe ogni problema. La sostenibilità finanziaria per l'ISS,

salvo incrementi nello stanziamento complessivo, è comunque limitata alla spesa attuale (circa

120.000 Eur che, in caso di adozione di norme simili, a quelle italiane potrebbe raddoppiare).

Farmaci ad alto costo: l'ISS ha previsto già per il 2016 un importo di 300 mila Eur per

farmaci ad alto costo per l'eradicazione dell'Epatite C. ed altri farmaci rari.

Nei confronti dei farmaci anti epatite si sono incontrate le 4 multinazionali che li producono al fine

di ottenere la scontistica italiana (pay back, pay by result).

Alcuni interventi di tipo sociale relativamente a strutture e associazioni

Gli interventi di tipo sociale come quello relativo alla gestione della Colonia di Pinarella (per

uno sbilancio fra costi e ricavi di circa 250 mila Eur all'anno e che in passato ha comportato consistenti

opere di manutenzione straordinaria) sono stati riconfermati e non hanno avuto alcun ridimensionamento

di servizio o incremento nelle rette.

La gestione della casa per ferie, anche in recepimento di quanto definito

## relazione Caruso

come esiteo dell'Istanza  
d'Arengo, rimarrà sotto la gestione dell'ISS.

Altri contributi riservati per il funzionamento della Cooperativa il Libeccio, a II'APAS, l'Associazione Oncologica e alle Colonie Montane sono stati e saranno mantenuti anche nel futuro.

I debiti verso Istituzioni estere

Tornando alla situazione dei debiti che l'ISS si trova a dovere fronteggiare, la voce più rilevante è quella relativa ai debiti verso Istituzioni Estere che per la quasi totalità è riferibile a INPS e a Ministero della Salute.

Tale valore è frutto è contabilizzato in Bilancio sulla base di stime sulle quali vengono definiti annualmente i relativi accantonamenti. Purtroppo possono il riscontro a tali stime può essere effettuato solo con molto ritardo e anche di anni e, soprattutto per un periodo di più anni (per INPS i periodo di riferimento parte dal 2004 e per il Ministero della Salute dal 2006). Il risultato è quindi che solo ex post è possibile definire la relativa congruità di tali accantonamenti.

Di seguito si riportano alcuni elementi di valutazione economica sulle Convenzioni a Accordi con l'Italia in materia di Previdenza e Sicurezza Sociale suddivisi per ambiti di applicazione.

Le Spese sanitarie al costo (prestazioni fuori territorio per residenti sammarinesi in strutture pubbliche o convenzionate) ISMAR 8 BIS. Questa posta ha un valore stimato di circa € 5.600.000

relazione Caruso

per il 2015.

Le Spese sanitarie a forfait (ISMAR 5 e 11) per lavoratori frontalieri e titolari di pensione

I.S.S. residenti in Italia. Tale voce risente del numero dei frontalieri che hanno perfezionato l'iscrizione

ISMAR 5. Il costo dei forfait che San Marino deve riconoscere all'Italia in funzione dei soli

♀

iscritti ISMAR 5 ammonta a circa € 4.670.000 annui. Va tenuto in considerazione tale voce si

- compensa solo parzialmente con i frontalieri sammarinesi che lavorano in Italia (circa 1.000 perso

..

•

•

...•

..,

•

ne).

Complessivamente, considerando spese sanitarie al costo e spese sanitarie

## relazione Caruso

a forfait, effettuata

la compensazione fra il dare e l'avere, il nostro debito nei confronti del Servizio Sanitario Nazionale

Italiano per i 7 esercizi compresi tra il 2006 e 2012 è di circa € 29.500.000

.

Nel Bilancio di Esercizio dell'I.S.S., come riportato nella Relazione al Bilancio, tali voci sono

sempre state inserite. Tuttavia la difficoltà con la quale lo Stato dispone i trasferimenti di liquidità

per l'ordinaria operatività dell'ISS, pone in essere molti interrogativi su come si possa procedere a

liquidare il saldo di compensazione individuato.

Si deve inoltre considerare che il numero di iscritti ISMAR 5 potrebbe discostarsi in maniera

rilevante dal numero effettivo dei frontalieri con la conseguenza che tale sbilancio potrebbe nel futuro

ampliarsi in maniera rilevante. D'altro canto il valore della quota capitaria che ISS deve riconoscere

a fronte di ogni lavoratore frontaliero è stato determinato in un contesto molto differente

da quello attuale e con un condizioni che sono divenute non più sostenibili (oltre 350 Euro al mese

per ogni lavoratore) .

Si deve sottolineare come i contributi che l'ISS percepisce sono destinati alla copertura

previdenziale delle pensioni, delle indennità temporanee e degli assegni familiari (tra l'altro già in

sofferenza) e non alla copertura sanitaria invece per la quale invece è lo Stato ad intervenire con il

contributo all'ISS per il finanziamento del sistema sanitario e socio sanitario. Pertanto la quota capitaria

per i frontalieri dovrebbe essere commisurata al gettito fiscale che il relativo reddito è in



## relazione Caruso

grado di generare.

Dato che l'adeguatezza dell'accantonamento che viene previsto ogni anno è funzione diretta del numero degli iscritti ISMAR 5 potrebbe essere necessario un incremento dello stesso e di conseguenza del fabbisogno di finanziamento da parte dello stato per il corrispondente importo.

La Copertura per disoccupazione in convenzione per frontalieri è l'altra voce rilevante che rientra dei debiti verso Istituzioni Estere. In questo caso avviene spesso che San Marino riconosca il diritto a 8 mesi di disoccupazione, mentre in Italia l'INPS per i frontalieri che perdono il lavoro a san Marino ne dispone l'erogazione per due anni e con un differente e svantaggioso effetto fiscale al quale l'ISS è chiamato a dare rimborso . E' una partita che ammonta a circa € 8.368.264,64 per il periodo 2004-2013. In particolare negli ultimi anni per effetto dell'andamento negativo dell'occupazione l'evoluzione di tale voce ha assunto connotazioni rilevanti nel saldo di compensazione a favore dell'I.N.P.S. Per il momento, negli incontri che questa Direzione Generale ha voluto fare per interfacciarsi de visu, con la Direzione Provinciale Inps di Rimini si è informalmente concordata una rateizzazione della somma di cui sopra con rate mensili di circa i~230 mila Euro circa a partire dallo scorso settembre 2015.

Anche per tale voce l'esposizione nel bilancio dell'ISS riflette la situazione effettiva con un margine di prudenza e annualmente vengono accantonate somme a copertura di questa voce di uscita. Precisamente gli accantonamenti iscritti a residui passivi risultano

relazione Caruso

al momento superiori al debito affettivo.

La Direzione Generale ISS ha già sottolineato in incontri con Segreteria Esteri e Lavoro la necessità di rivedere gli accordi e le convenzioni con l'Italia per ISMAR 5 e INPS disoccupazione.

..

Pagina 62 di 81

•

♀

• Tab.1

Dato su PIL per determinazione quota spesa sanitaria procapite

Anno 2008 Anno 2009 Anno 2010 Anno 2011 Anno 2012 Anno 2013  
Anno 2014

€ € €

•

•

€ € € :

PIL Nominale 1.878.605.291 1.615.323.649 1.401.463.256

1.700.800.116 1.477.504.533, 1.404.653.2577 1.390.514.9753

5 6 9

Variazione %

relazione Caruso

PIL Nominale,  
rispetto 3,36% -9,46% -5,03% -8,53% -5,15% 0,23% -1.01%  
l'anno precedente

• € € € € € € €

(

PIL reale

1.847.507.434 1.611.282.138 1.536.386.370 1.390.945.771 1.286.386.352  
1.247.471.8096

1.235.227.2230

5 2 7 6 3 1

•  
•

Variazione %

PIL Reale,  
rispetto 1,7% -12,8% -4,6% -9,5% -7,5% -3,03% -0,98%  
l'anno prece

dente.

Popolazione  
residente

32.578 32.969 33.163 33.376 33.562 33.540 33.738

•  
•

relazione Caruso

Dati Ufficio Informatica, Tecnologia, Dati e Statistica

Tab.2

2011 2012 2013/ 2014

spesa sanitaria 78.458.311 79.086.361 76.253.635 76.735.012

• popolazione 33.376 33.562 33.540 33.738

spesa procapite 2.350,74 2.356,43 2.273,51 2.274,44

PIL 1.477.504.533 1.401.463.256 1.404.653.257 1.390.514.975

•

spesa su pH 5,31% 5,64% 5,43% 5,52%

•

♀

•

DATI DI ATTIVITA' AMBULATORIALI - DI RICOVERO  
E APPROPRIATEZZA CLINICA

DELL'155

Direzione Sanitaria

•

FOCUS ATTIVITA' AMBULATORIALI (ANNO 2014)

## relazione Caruso

- 

Visite mediche specialistiche (tutte le specialità) 132.654

N° media visite specialistiche/anno per ogni avente diritto 4,2

Visite mediche UOC Cure Primarie 78.500

- 

- 

N° media visite mediche UOC Cure Primarie/anno per ogni avente diritto 2,7

N° media visite mediche per ogni medico UOC Cure Primarie 4.131

N° media visite mediche/die per ogni medico UOC Cure Primarie 17,5

- 

- Totale accessi Pronto Soccorso di cui: 15.666

Codici Bianchi 4.073

Codici Verdi 10.339

Codici Gialli 1.096

- 

Codici Rossi 47

..

**I DATI SI RIFERISCONO AL 2014 IN QUANTO NEL 2015 E' STATO IMPLEMENTATO IL NUOVO SISTEMA INFORMATIVO CHE NECESSITA ANCORA DELLA VERIFICA DI CONGRUITA' NEL PERIODO DI TRANSIZIONE DEI DATI DAI DUE SISTEMI**

- FOCUS ATTIVITA' AMBULATORIALI (ANNO 2014)

- Attività ambulatoriali complessive: 226.820

## relazione Caruso

- Pagina 64 di 81

♀

•

Mediamente ogni avente diritto (33.000 soggetti) ha beneficiato di 8,88 visite

Questo valore medio, già molto elevato, andrebbe corretto per fasce d'età; la fascia pediatrica (0/14) che mantiene un numero medio di visite/annobambino di 5 (ed è quindi sotto la media generale di 8,88 visite/anno e la fascia anziani (65/80) e fascia di grandi anziani (>

•

- 90) dove il numero medio di visite/anno raddoppia e può persino persino triplicare

Gli accessi di Pronto Soccorso, che nel 2015 sono ulteriormente lievitati presentano un 26% di codici bianchi, vale a dire di prestazioni da erogare normalmente nelle Cure Primarie.

- Complessivamente in media il 47/48% della popolazione si reca almeno 1 volta all'anno al Pronto Soccorso.

Le visite mediche effettuate presso le Cure Primarie (78.500) sono nettamente inferiori a quelle specialistiche (132.654) ogni visita di medicina di base se ne effettuano 1,7 visite specialistiche.

## relazione Caruso

- Il dato mostra con chiarezza l'attuale distorsione e la necessità di ampliare l'attuale spazio professionale delle Cure Primarie.

- 
- La medicina d'Iniziativa indirizzata verso la patologia cronica e la fragilità in genere risponde a questa esigenza - senza un riequilibrio verso le Cure Primarie ed il Territorio, c'è un rischio di tenuta del sistema.

Come già evidenziato in precedenza si rileva che l'analisi si riferisce al 2014.

- **FOCUS SULLE VISITE SPECIALISTICHE (ANNO 2014)**

N° Totale 132,654

Il numero delle visite specialistiche dell'anno 2014 è molto elevato in rapporto alla popolazione

- 
- Le visite e le prestazioni specialistiche vengono offerte in ben 24 Specialità

Alcune specialistiche (Pediatria - Ostetricia - Ginecologia - Oculistica ecc) sono di fatto ampiamente demandate allo specialista e sono, quindi, "de facto" diventate di primo livello.

## relazione Caruso

Altre attività specialistiche sono attive su patologie che per gravità o rarità necessitano di

- una gestione del paziente esclusivamente specialistica (specialistica di 2° e 3° livello)

In alcune specialità infine la presa in carico dell'assistito è fatta direttamente dal settore specialistico (Cardiologia - Oncologia - alcune patologie neurologiche - alcune patologie con necessità di supporto tecnologico ecc) piuttosto che dalle Cure Primarie.

- 
- 

La riorganizzazione della UOC Cure Primarie parte dalla necessità di una gestione sul terri-

torio della cronicità, almeno nelle sue fasi meno gravi

Si è iniziato con la gestione integrata (Ospedale - Territorio) del Diabete di Tipo II, si proseguirà con le patologie polmonari croniche, l'insufficienza cardiaca e infine l'ictus

- Pagina 65 di 81

♀

- 

- 

PEDIATRIA



ORTOPEDIA

- 

OCULISTICA

- 

ATTIVITA' AMBULATORIALI (ANNO 2014)

FOCUS ATTIVITA' AMBULATORIALI SPECIALISTICHE (popolazione  
residenti 33.000 soggetti  
drca)

TOTALE VISITE SPECIALISTICHE

132.654

VISITE MEDIE PRO CAPITE 4,2

TERAPIA DEL DOLORE

ANTALGICA

OSTETRICIA E GINECO

- 

- 

LOGIA

DERMATOLOGIA

- 

CARDIOLOGIA

..

PSICIDATRIA

OTORINOLARINGOIATRIA

•

MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

• Pagina 66 di 81

N° VISITE (VARIE TIPOLOGIE) 21.000

I° VISITA 4.400

CONTROLLI 11.600

I

TOTALE 16.000

I° VISITA 9.680

CONTROLLI 3.400

TOTALE I 13.000

TERAPIA DEL DOLORE 7.800

1.500

TOTALE 9.300

I° VISITA 5.300

CONTROLLI 3.700

TOTALE 9.300

I

I° VISITA 5.390

CONTROLLI 2.800

TOTALE 8.190

N° VISITE I 7.800

relazione Caruso

N° VISITE 6.310

I

1° VISITA 3.900

CONTROLLI 1.700

TOTALE 5.600

N° VISITE 5.400

♀

CHIRURGIA

1° VISITA 2.700

CONTROLLI 3.300

TOTALE I 6.000

DIABETOLOGIA

I

1° VISITA 1.839

CONTROLLI 3.175

TOTALE 5.014

NEUROLOGIA

1 ° VISITA 2.000

CONTROLLI 2.400

I

CONSULENZE! 380

TOTALE 4.780

ENDOCRINOLOGIA 1 ° VISITA 900

CONTROLLI 2.760

•

relazione Caruso

TOTALE 3.360  
ONCOLOGIA N° VISITE 3.200  
PNEUMOLOGIA 1° VISITA 1.100

CONTROLLI 1.500

TOTALE 2.600  
REUMATOLOGIA 1° VISITA 280  
CONTROLLI I 860

..

TOTALE 1.140  
MEDICINA SPORTIVA N° VISITE 1.200

I

NEFROLOGIA 1 ° VISITA 160

.. CONTROLLI 860  
TOTALE 1.020  
GASTROENTEROLOGIA 1 ° VISITA I 410

I

CONTROLLI I 600  
TOTALE I 1.010  
ALLERGOLOGIA 1° VISITA I 260  
CONTROLLI 530

♀

TOTALE 790 I

- 
-

relazione Caruso

MEDICINA INTERNA N° VISITE 760

GERIATRIA 1 ° VISITA 350

CONTROLLI 150

TOTALE 500

•

• PRINCIPALI ATTIVITA' DIAGNOSTICHE (ANNO 2014)  
(per cittadino si deve intendere avente diritto)

• MEDICINA TRASFUSIONALE E PATOLOGIA CLINICA

TEST EFFETTUATI 1.430.700 (di cui 38.592 per  
esterni)

TEST AVENTI DIRITTO 1.392.108

•

PROCEDURE DI ACCETTAZIONE 98.400

PROCEDURE ACCETTAZIONE AVENTI DIRITTO 2.99

N° MEDIO TEST PER SINGOLE ACCETTAZIONE 14,15 .. N° MEDIO  
DI TEST PER OGNI AVENTE DIRITTO 42,19

•

RADIOLOGIA

RADIOGRAFIE (in radiologia) TOTALE

in media 1 cittadino ogni 1,83 si è sottoposto ad una radiografia 18.100

ECOGRAFIE\* (di altri servizi v. sotto)

•

J

relazione Caruso

TAC (in media ogni cittadino su 7,5 si è sottoposto ad una TAC) 4.400

RMN (in media ogni cittadino su 8,5 si è sottoposto ad una RMN) 3.900

• Pagina 68 di 81

♀

RADIOGRAFIA (in media ogni cittadino su 8,5 si è sottoposto a 23.500

raggi)

MAMMOGRAFIA (screening somministrato in base al programma di prevenzione)

\*ECOGRAFIE (in altri servizi)

OSTETRICA E GINECOLOGIA 7.300

CENTRO SALUTE DONNA 3.260

CARDIOLOGIA (ecodoppler cardiaco) 4.670

TRONCm SOVRAORTICI 2.360

ENDOSCOPIA 450

TOTALE 18.040

TOTALE COMPLESSIVO RADIOLOGIE /ECOGRAFIE 36.140

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

..

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA N° ESAMI 1.500

(in media 1 cittadino ogni 22 si sottopone ad una esofagogastroduodenoscopia)

COLONSCOPIA N° ESAMI 1.300

(in media 1 cittadino ogni 25 si sottopone ad una endoscopia)

..

## relazione Caruso

•

♀

..

•

..

•

..

•

..

### MOVIMENTO DEI DEGENTI NELL'OSPEDALE DI STATO ED INDICATORI DI ATTIVITA' : ANNO

2015

Repar- Ge- Medi- Tera- Car- Chi- Or- Oste- Gin e- Pe- De- TOti!  
riacina  
pia dioIorurtopetricia  
coIogia diagen-  
TAParametri  
tria

## relazione Caruso

Interna

Intensiva

ginecologia e Ginecologia

in Chirurgia

breve

LE

Totale 377 804 170 165 974 790 434 21 388 514 4.63

degenza

Gior4.85

8.542 1.117 669 4.224 2.741 1.463 123 919 700 25.3

nate di 8 56

degenza

Day 13 222 0 65 6 0 131 0 374(\* 0 811

ospiti)

tal

N° po14

30 5 6 19 15 12 2 6 3 112

sti letto

DAY HOSPITAL ONCOLOGICO = 1796 accessi ( 143 pazienti)

DAY HOSPITAL EMATOLOGICO = 785 accessi ( 85 pazienti)

DAY HOSPITAL NEUROLOGICO = 268 accessi (78 pazienti)

DAY SURGERY =678

(\*) comprende day hospital e degenza breve pediatrica

Dati riferiti a ricette emesse dal 2011 al 2015.

2011 = 317.987 ricette per n° 837.541 farmad consegnati, per una spesa di € 16,12 a ricetta

con un totale di € 5.128.585,00

2012 = 319.094 ricette per n° 841.597 farmad consegnati, per una spesa di € 14,79 a ricetta



## relazione Caruso

con un totale di € 4.960.635,00

2013 = 326.863 ricette per n° 842.482 farmad consegnati, per una spesa di € 14,51 a ricetta

con un totale di € 4.835.969,00

2014 = 324.360 ricette per n° 808.392 farmad consegnati, per una spesa di € 12,96 a ricetta

con un totale di € 4.707.897,00

2015 = 363.263 ricette per n° 816.280 farmad consegnati, per una spesa di € 13,98 a ricetta

con un totale di € 5.079.636,00

70 di 81

♀

•

•

..

•

..

•

•

## relazione Caruso

- 
- 

### APPROPRIATEZZA CLINICA

Il panorama di dati statistici, pur succintamente esposto e con indicatori di base, illustra una produzione di servizi qualitativamente e quantitativamente molto elevata, apprezzata dai cittadini come dimostra il numero estremamente contenuto di reclami e suggerimenti, incisiva sulla qualità e sulla aspettativa di vita dei residenti che non a caso è fra le più alte al mondo.

Non si può sottacere, ed i dati lo mostrano, un consumo sanitario eccessivo e per certi versi pericoloso oltre che oneroso economicamente.

L'Istituto si è posto da tempo questo problema cercando di agire su più fronti.

La Repubblica Italiana, settima potenza industriale del mondo e nostra grande vicina e punto di riferimento, da anni persegue questo obiettivo con strumenti quali la introduzione di ticket su molti servizi, la definizione di L.E.A. che elencano le prestazioni erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale e recentemente, con decreto ministeriale con "l'appropriatezza prescrittiva che introduce ulteriori limiti e penalità anche economiche .

## relazione Caruso

Nella Repubblica di San Marino le forze politiche ed i Governi che si sono succeduti non hanno mai ritenuto di procedere in qualche modo in questo ambito con questi o con altri strumenti che è suo diritto-dovere approntare.

L'unico dissuasore "naturale" in qualche modo funzionante è la lista d'attesa per le prestazioni erogate senza nessuna compartecipazione e nessun limite.

Come arrivare, senza brontolii e resistenze che anche recenti episodi hanno mostrato, ad effettuare la prestazione giusta, in modo giusto, al momento giusto ed al paziente giusto?

Dobbiamo arrivare ad un concetto condiviso e che deve divenire cultura diffusa dei cittadini che un esame, un intervento chirurgico, un dispositivo medico un farmaco ecc è appropriato se esercita un effetto utile o benefico per chi ne usufruisce e se i benefici attesi superano i possibili danni.

Partiamo purtroppo da un concetto opposto di fare, fare sempre, fare comunque. 1/ consumismo sanitario nella nostra realtà è un fenomeno pressoché generalizzato.

L'Appropriatezza Clinica, pertanto, pur essendo auspicabile è tutt'oggi ancora scarsamente applicata, condizionata com'è dalle pressioni del mercato, dalla bulimia di prestazioni di molti aventi diritto,

## relazione Caruso

dalla necessità della medicina difensiva.

E non è solo una questione di natura economica, ma attiene direttamente alla salute dei cittadini

che con l'inappropriatezza finiscono per ricevere danni anche molto gravi.

La natura pubblica del nostro sistema, pressoché monopolista in territorio, teoricamente dovrebbe

facilitare un percorso innanzitutto culturale verso una maggiore appropriatezza. L'Istituto è molto

impegnato su questo fronte:

- esiste una formazione permanente obbligatoria per il corpo sanitario dell'istituto

- sono state messe a punto diverse linee guida e P.D.T.A per aiutare la prescrizione corretta

- il nuovo sistema informatico integrato consentirà in tempo reale di governare puntualmente a livello clinico, organizzativo e dirigenziale scostamenti non giustificati dalle linee guida, P.D.T.A.

ecct.

- si sta implementando l'audit clinico come sistema di lavoro, di confronto e di correzione di eventuali errori.

- il processo di accreditamento in corso ulteriormente potenzierà il miglioramento in progress del sistema..

♀

..

..

..

..

## relazione Caruso

Bisogna sicuramente superare ritrosie ed autoreferenzialità presenti nel corpo sanitario ma al contempo la politica e le altre Agenzie del Paese dovrebbero impegnarsi a fondo per aiutare la collettività a maturare una visione più consapevole delle reali possibilità di un Welfare State ai tempi di oggi e a maturare altresì una visione in grado di contemperare l'esercizio dei diritti-doveri del singolo con quelli dell'intera comunità: l'io ed il noi. L'abitudine all'egoismo individuale di fronte ai costi sempre più elevati delle nuove tecnologie e dei nuovi farmaci, rischia di risolversi ed in tempi brevissimi nel collasso del sistema con prospettive molto pesanti per le fasce più deboli della popolazione ed anche della classe media impoverita dalla lunga e perdurante crisi economica.

### SOSTEGNO SOCIALE (anno di riferimento 2014)

Attività 2013 2014

Preconsunti vo

2015 al

21/02/2016

Rette e costi per interventi di recupero

sociale € 952.366,70

€

1.033.334,50 € 881.540

Rimborsi per sostegno educativo ai

minori presso Istituti scolastici fuori

territorio € 110.893,76 € 105.277,87 € 96.362

Rette per affidamento e assistenza ai

mmon € 83.287,28 € 122.465,981 € 75.650

Contributo all'A.P.A.S. € 129.497,50 € 129.497,50 € 31.181

relazione Caruso

Contributo alle colonie montane € 88.250,00 € 88.250,00 € 88.250

Contributo alla Cooperativa il Libeccio

€ 50.000,00 € 50.000,00 ' € 45.000

Contributo all'Assoc. Oncologica

Samm.se € 18.000,00 € 18.000,00 € 24.000

Assegni agli utenti disabili dei laboratori

€ 1.618,54 € 3.116,96 € 1.990

Rimborso salari donatori e contributi

A.V.S.S. € 30.877,57 € 31.164,37 1 € 2.642

TOTALI € 1.464.791.135

f

1.581.107.118

f

1.346.619.160

SOSTEGNO SOCIALE - UOC Servizio Territoriale Domidliare -

parzialmente sostenuto

dalla domanda (per fasce: 8€/h - 4€/h - 2€/h) 2o OA in caso di necessità  
fornisce

prestazioni gratuitamente.

Pagina 72 di 81

♀

TOTALE COSTI (bilancio consuntivo 2014) €1.379.596

TOTALE RICAVI (bilancio consuntivo 2014) € 235.230

SOSTEGNO SOCIALE €1.144.366

•

SOSTEGNO SOCIALE - UOC Assistenza Residenziale Anziani

TOTALE COSTI (bilancio consuntivo 2014) €5.162.065

TOTALE RICAVI (bilancio consuntivo 2014) €1.937.391

SOSTEGNO SOCIALE €3.224.674

relazione Caruso

- Tutti i trasporti utenti UOSD Disabilità e Assistenza Residenziale Anziani compresi gli

inserimenti Lavorativi sono tutti gratuiti

ICOSTO DEL PERSONALE 2014 €99.000 I

- 

- 

- 

COSTI CARBURANTE €23.156

ASSICURAZIONI € 3.937

Totale SOSTEGNO SOCIALE €126.093

- 

PEFUVUESSIPAJtENTAJLI\* 2014 2015

TOTALE 164.284 181.597

- 

\*In rapida espansione perché ai permessi per parenti di portatori di handicap dal 2015

sono previsti anche per parenti di persone anziane ammalate

Pagina 73 di 81

♀

Assistenza Protesica (costi per acquisto, riparazione, sanificazione del seguente materiale

destinato ad "Assistenza Protesica Domidliare- sedie a rotelle - sollevatori deambulatori

- montascale ecc)

Spesa media ultimi 5 anni €74.672r

## relazione Caruso

\*La media è più indicativa in quanto questi ausili se restituiti in buono stato vengono

•

riparati, sanificati e hanno una vita media di circa 3/5 anni

Il 90% sono anziani il 10% sono persone con patologie di incontinenza - circa 500 persone che beneficiano per un costo annuo complessivo di €250.000

Domidiazione per presidi per assorbenza

COSTO TOTALE per noleggio ventilatori polmonari anno 2014 anno 2015

€275.226 €290.185  
(170 persone / trattamento) - (190 persone / trattamento)

COSTO TOTALE per assistenza tecnica aspiratori no- anno 2014 anno 2015

leggio pompe enterali

€12.893 (14 persone / trattamento) - €12.320 (16 persone / trattamento)

..

COSTO TOTALE materiale antidecubito a domicilio anno 2014 anno 2015

( spese sostenute ad esclusione dei materassi ad uso



relazione Caruso

ospedaliero)

..

€136.209 €106.455

ISOSTEGNO SOCIALE 2014 TOTALI PARZIALI COSTI I

..

♀

€1.144.366

€3.224.674

..

..

€126.093

€164.284

€74.672

€250.000

.. €275.226

€12.873

€136.209

TOTALE GENERALE € 6.989.502

OSSERVAZIONI

- I vari settori di intervento forniscono un quadro sufficientemente preciso

## relazione Caruso

(non sono incluse alcune voci economicamente meno pesanti ma ugualmente importanti: educativa familiare lacrime artificiali - alimenti per celiaci ecc) della quantità di risorse che l'ISS immette nel

### SISTEMA PAESE

- Si tratta dell'11 /12% del totale delle risorse gestite
- La Mission di Istituzione preposta alla "SICUREZZA SOCIALE" e non semplicemente alla fornitura di servizi sanitari e socio sanitari, è ampiamente rispettato
- Gli interventi di Sostegno Sociale nella loro articolazione ed incisività sono stati in grado finora di ridurre il conflitto sociale legato alle differenze di reddito dei cittadini operando su tre livelli:

#### 1. Sostegno alle famiglie e ai singoli

- 
- 

2. Distribuzione di reddito e mantenimento della capacità di consumo delle fasce economicamente e socialmente più deboli

3. Offerta di posti di lavoro qualificati contribuendo alla tenuta complessiva del SISTEMA PAESE

♀

### SETTORE PUBBLICO

PA e PA allargata 2014 2015

- n° giorni 1212 1340  
costo €120.241 €133.836

## relazione Caruso

salariati

n° giorni 418 656

costo 4.275 6.834

TOTALE nO giorni 1630 1996

TOTALE costi €124.516 €140.670

Il settore del Pubblico Impiego conta circa 4.000 dipendenti

•

### SETTORE PRIVATO

2014 2015

nO giorni 392 402

costo €39.768 €40.897

salariati

.. Il Settore privato impiega circa 15.000 dipendenti di cui circa 10.000 residenti e quindi aventi diritto

### PUBBLICO E PRIVATO 2014 2015

•

TOTALE nO giorni compI es- 2022 2398

..

SIVI

TOTALE costi complessivi €164.284 €181597

## relazione Caruso

..

♀

Il numero di richieste sta lievitando e, nei primi due mesi del 2016, ha già raggiunto 98 unità per la recente legge sui congedi parentali ai parenti di persone gravemente malate.

- Pur essendo la popolazione impiegata nel settore privato circa 2,5 volte più numerosa di quella del settore Pubblico "consuma" 1/5 dei congedi parentali rispetto ai dipendenti della PA.

I permessi dei dipendenti del settore privato sono utilizzati prevalentemente in ore, indicando che il loro uso è giustificato su una specifica necessità.

- 

I permessi dei dipendenti pubblici sono utilizzati prevalentemente in giorni interi

### FOCUS SULLE TELEFONATE IN ENTRATA CENTRI SANITARI

E' stato chiesto all'Azienda concessionaria della telefonia l'acquisizione del numero di telefonate in

- 

entrata nel Centro Della Salute di Borgo Maggiore nel periodo 1 novembre - 31 dicembre 2015.

Il Centro della salute di Borgo M. con i suoi 9479 cittadini aventi diritto,

## relazione Caruso

serve una popolazione  
che corrisponde a circa 1/3 del totale ( Centro Della Salute di Murata :  
9305 ; Centro della Salute  
.. di serravalle 10579 per un totale di 29.363 aventi diritto -esclusa  
ovviamente la fascia pediatrica 014  
anni)

I due mesi presi a campione sono indicativi in quanto novembre è un mese  
di attività media e dicembre  
ad attività leggermente ridotta per le festività. non si fa pertanto un errore  
rilevante se si  
moltiplicano i dati di questo bimestre per 6 avendo un numero realistico  
delle telefonate in entrata  
di un intero anno.

- nel bimestre considerato, le telefonate e in entrata nel C.S.Borgo M. sono state

1) con risposta 10.771

2) non risposta 3.335

TOTALE 14.106

- 

su questa base una proiezione annuale porta il numero delle telefonate a:  
84. 732

media per ogni avente diritto C.S. Borgo Maggiore 8.9  
considerando che l'utenza principale è concentrata fra anziani e grandi  
anziani ,questo numero  
medio di telefonate procapite va moltiplicato almeno per due per gli  
anziani e per tre nei grandi anziani.

-

## relazione Caruso

una proiezione annuale di telefonate in entrata nei soli tre centri della salute, porta il loro numero a valori superiori a 250.000 telefonate in entrata.

Owviamente nessun front office può far fronte a questa mole di telefonate anche perchè l'esperienza documenta che qualsiasi supporto introdotto viene rapidamente saturato da una domanda

- che lievita in continuazione. questi numeri, a cui owviamente andrebbero aggiunti quelli stratosferici degli altri servizi, ci devono indurre ad una riflessione sugli strumenti di educazione sanitaria e dissuasione onde ricondurre lo strumento "telefono" ad una più fisiologica funzione evitando l'eccesso che la facilità ed ubi

♀

•

•..

•

•,..

•

•

## relazione Caruso

Si osserva infatti che una parte non trascurabile delle telefonate sono indirizzate ad acquisire notizie contenute nella carta dei servizi e in ogni caso da memorizzare una volta acquisite o forme di "comodità" su cui è bene fare una riflessione in primis sulla reale utilità e poi sulla sostenibilità dei costi.

### LA STRUTTURA DELL'OSPEDALE E TRASFERIMENTI EDILIZI

In tutto il mondo le strutture che ospitano attività sanitarie e sodo-sanitarie ed in particolare ospedali, sono soggette a frequenti interventi per renderle adeguate e responsive

1) ai cambiamenti dei bisogni (modifiche demografiche, epidemiologiche, modifiche degli standars medi di vita .... ecct)  
2) al cambiamento delle metodiche di diagnosi, cura, riabilitazione che i progressi scientifici e tecnologici rendono necessari. In medicina questi due tipi di cambiamento sono particolarmente frequenti e portatori di conseguenze dirette nella gestione e nella organizzazione dei servizi.

L'edilizia ospedaliera è una branca specialistica dell'ingegneria perchè deve saper tenere conto non solo dei normali parametri di costruzione, ma di specificità settoriali che sono indispensabili e determinano la qualità ed il comportamento prestazionale degli ambienti costruiti.

## relazione Caruso

L'ospedale - ma in realtà qualsiasi ambiente destinato ad attività sanitarie o socio-sanitarie - in quanto struttura preposta a produrre salute, dal punto di vista strutturale ed organizzativo deve essere concepito e gestito quale sistema polifunzionale complesso. Questo comporta la progettazione di una struttura edilizia ad alto contenuto tecnologico ed assistenziale predisposta per l'accoglienza, la diagnostica, la cura la ricerca e la formazione.

Una struttura sanitaria deve essere in grado di offrire spazi, percorsi, collegamenti adeguati e facilitanti le attività che deve ospitare. Deve essere in grado altresì di rispondere a bisogni determinati dall'evoluzione sociale.

L'edificio in cui sono collocati l'Ospedale ed altri importanti servizi sanitari e socio sanitari del nostro Paese, è stato progettato negli anni 80 su uno scheletro preesistente eretto negli anni 60.

Già la ristrutturazione era stata condizionata dalla forma dell'edificio preesistente presentando ab origine limiti e difficoltà (lunghi percorsi di collegamento, stanze di degenza piccole ecc) . Aveva comunque una sua filosofia costruttiva che salvaguardava i principi fondamentali dell' edilizia ospedaliera.

" mutare delle esigenze, l'ampliamento dei servizi e la loro moltiplicazione ha portato nel corso dei decenni ad interventi a macchia di leopardo che hanno finito per compromettere la logica costruttiva utilizzata senza sostituirla con una nuova.



## relazione Caruso

Nel tempo si sono accumulate problematiche, ingigantite da Leggi che lo stato si è nel frattempo dato e che impattano, a volte pesantemente, sull'esistente (ad esempio la recente legge antisismica).

Pertanto gli interventi futuri a nostro avviso dovrebbero rientrare in una vision complessiva in modo che, anche se attuati in maniera modulare, rientrino tutti in uno stesso progetto d'insieme.

In questo senso il programmato trasferimento dell'UOC Residenza Anziani presso il Casale La Fiorina, offre alcune opportunità sia di una più adeguata collocazione di attività già presenti nell'ospedale, sia di collocamenti di attività attualmente attive in locali in affitto (UOC Salute Mentale. UOS Sorveglianza Sanitaria ecct.)

♀

•

•

„

•

•

•

## relazione Caruso

- 
- 
- 

Una delle linee guida della ristrutturazione riguarda la possibilità di ricondurre tutte le attività ambu

latoriali specialistiche in spazi dove sia possibile distinguere i percorsi dei pazienti esterni da quelli

dei ricoverati.

Questo obiettivo produce due risultati fondamentali:

a) evitare rischi igienici possibile con l'attuale commistione dei percorsi fra ambulantanti e ricoverati;

b) realizzare economie di scala nell'uso delle risorse e del personale identificando spazi ambulato

riali utilizzati in maniera razionale e con personale amministrativo ed infermieristico in grado di co

prire tutte le esigenze senza disperdersi in molti troppi ambulatori sparsi qua e la.

Lo spazio lasciato libero dalla casa di riposo quando si trasferirà, ci offre questa opportunità.

## relazione Caruso

In questo senso l'adeguamento del piano zero della Casa di Riposo risulta la prima mossa da farsi (PRIORITA' 1a). gli ambienti - progettati negli anni 70 come miniappartamenti destinati ad anziani autosufficienti - sono stati utilizzati prima come centro sanitario di Borgo Maggiore e cappella cattolica, poi come poliambulatorio specialistico, direzione UOC Cure Primarie e parzialmente come palestra per ammalati neurologici .

Tutti abbiamo potuto constatare lo stato di degrado dei locali dopo circa 45 anni di uso intenso. A

ciò si aggiunge l'inadeguatezza degli impianti progettati e realizzati con standards completamenti

diversi da quelli richiesti attualmente e a cui si è aggiunta nel tempo ovviamente l'usura .

La Segreteria al Territorio - proprietaria dei locali - e l'Azienda dei Servizi stanno completando la

progettazione che riguarderà l'intero piano - ma sarà propedeutica anche al rifacimento nel tempo

dei piani superiori secondo la logica su esposta.

Espletate le gare d'appalto, ai primi di giugno inizieranno i lavori veri e

## relazione Caruso

propri che dovrebbero ri

chiedere circa un anno e saranno realizzati un due tranches : prima a sx dell'ingresso (questo

comporta lo sgombero dell'oculistica allocata provvisoriamente al 5° piano della palazzina del

l'amministrazione; mentre alcune altre specialistiche: DRL , Dermatologia, Allergologia eccet si

sposteranno nell'ala all'inizio non interessata dai lavori dopo il trasferimento momentaneo della

Direzione Cure Primarie nei locali affittati presso il centro Azzurro. In questa zona rimangono altre

si le vaccinazioni che devono essere effettuate in uno spazio rapidamente raggiungibile dal 66-il

numero delle urgenze - ; si spostano qui anche gli ambulatori pneumologici dall'attuale sede con

divisa con la cardiologia.

Lo spostamento degli ambulatori pneumologici - 3 locali attualmente inseriti nella cardiologia -oltre

## relazione Caruso

a rispondere al criterio generale di concentrare tutte le attività ambulatoriali specialistiche nella

medesima palazzina, consente di attuare altri importanti progetti.

La ridefinizione del percorso dell'urgenza all'interno dell'ospedale, la riorganizzazione della cardio

logia, il potenziamento della geriatria e post-acuzie.

Tutti e tre i progetti richiedono come prima mossa lo spostamento degli ambulatori pneumologici.

Gli spazi lasciati liberi consentono alla cardiologia di potenziarsi nella sua offerta ambulatoriale e di day hospital con sicuro vantaggi per i cittadini che abbisognano di questi servizi .

Degli attuali sei letti di degenza, che i miglioramenti tecnologici e terapeutici introdotti in cardiolo-

gia rendono poco utilizzati (negli ultimi anni il tasso di occupazione dei letti è stabilmente sul

20-25%) alcuni (2 o 3) rimarranno di pertinenza cardiologica, altri invece verranno affidati alla UOC

Anestesia e Terapia Intensiva come letti di Semintensiva .

Questi letti di "semiintensiva" sono particolarmente importanti per modificare il percorso delle urgenze

ed avere un polmone dove poter ricoverare pazienti urgenti e/o instabili che specie nelle

ore notturne o nei giorni festivi potranno essere assistiti dove c'è un turno

## relazione Caruso

medico sulle 24 ore

(Pronto Soccorso e Terapia Intensiva) e dove l'assistenza infermieristica è alta (1 infermiere ogni

due ricoverati -ti.; o media (1 infermiere ogni tre ricoverati t.s.i) .

Contemporaneamente a ciò , grazie anche al recupero di alcune figure OSS , si potranno finalmente

aprire i sei letti presenti nella UOC Geriatria e Post Acuzie,

prevalentemente riservata a pazienti

geriatrici anziani con parametri rivisti in relazione all'allungamento

dell'aspettativa di vita op-

♀

- 
- 

..

..

- 

- 

pure a pazienti che devono subire una fase di riabilitazione prima di essere dimessi e a patologia di base stabile.

Tutte queste riorganizzazioni a forte vantaggio per gli utenti e con possibilità di risparmi sostanziali, richiedono la realizzazione della priorità definita 1 A con gli obblighi

## relazione Caruso

descritti.

Pertanto la scelta di spostare momentaneamente la Direzione delle Cure Primarie è discesa dalla valutazione di buon senso che i suoi utenti sono cittadini sani che utilizzano il servizio in maniera saltuaria (i donatori 1 volta all'anno, gli automobilisti 1 volta ogni 10 anni ecc) per cui il disagio che pure esiste - dovrebbe essere molto modesto. Lo spostamento di ambulatori ad alta complessità che spesso necessitano di servizi diagnostici di supporto della farmacia ecct , sicuramente sarebbero stati più difficili e con investimenti molto onerosi per ottenere spazi autorizzati dall'Authority per attività chirurgiche (vedi ORL ) o francamente non trasferibili per la necessità del 66 (vedi allergologia ecct)

### PRIORITA' 1

ripristino delle degenze al 3° piano  
si tratta di lavori contenuti (parziale climatizzazione, imbiancatura ecct .)  
il successo della politica di potenziamento dell'offerta interna specie nelle branche chirurgiche legata  
ovviamente alla disponibilità del nuovo blocco operatorio, richiede l'aumento dei posti letto.  
Queste degenze si prestano allo scopo.

### PRIORITA' 2

Completamento lavori Radiologia. Il cantiere è stato interrotto per la presenza di amianto ora bonificato.  
Esiste un contenzioso fra la Segreteria di Stato al Territorio e la ditta appaltatrice. I lavori fermi.

## relazione Caruso

### PRIORITA' 3

Medicina Trasfusionale. Esiste un contenzioso come sopra. I lavori fermi

### PRIORITA' 4

Ambulatori pediatrici - originariamente previsti nel 6° Piano -Torretta A (ex reparto) - lavori sospesi per bonifica amianto ora bonificato. Esiste un contenzioso con la ditta appaltatrice. I lavori sono fermi.

Dato il trasferimento ormai certo della Casa di Riposo, una soluzione ottimale e rispondente alla filosofia di intervento illustrata, li vorrebbe nel blocco riservato agli ambulatori dove fra l'altro si potrebbero distinguere con facilità ambulatori destinati ai bilanci di salute, alle vaccinazioni obbligatorie dell'infanzia e alle patologie. (tempi medi -2-3 anni per la realizzazione)

### PRIORITA' 5

Morgue . la sala autoptica non è a norma e deve essere adeguata anche tenuto conto della natura statuale del Paese e delle leggi che regolano il passaggio transfrontaliero delle salme per autopsie eventualmente eseguite in territorio italiano. I lavori necessari sono abbastanza importanti. Vanno comunque previsti e realizzati in tempi ragionevolmente non lunghissimi.

Esternamente all'Ospedale sono da programmare: archivio in locale di proprietà ad Acquaviva, ceduto in parte all'Eccellentissima Camera che si farà carico anche della progettazione. Qui andranno trasferiti gli archivi cartacei sia sanitari sia amministrativi che occupano



## relazione Caruso

gran parte del  
grezzo con - fra l'altro- grave pericolo di incendio.

### PRIORITA' 6

Nell'ipotesi di trasferire gli ambulatori pediatrici nella palazzina ora occupata fra l'altro dalla casa di riposo, l'Oncologia potrebbe utilizzare l'ex Pediatria per il Reparto ed il Day Hospital (ipotesi da approfondire).

### DATI URP

♀

- 
- 

L'Istituto per la Sicurezza Sociale prevede, nelle varie unità in cui si articola la sua complessa atti

vità , un Ufficio per le Relazioni con il Pubblico -URP- che è preposto fra l'altro a raccogliere tutte le segnalazioni, reclami, complimenti ecct che i cittadini avanzano.

Ogni segnalazione attiva un ben preciso iter che consiste nella richiesta di spiegazioni scritte al .. professionista interessato da una segnalazione o da un reclamo, da una relazione del responsabile del settore e da una risposta sintetica all'utente da parte del Responsabile dell'URP .

Se la segnalazione comporta ulteriori provvedimenti, questi vengono avviati dalla Direzione Generale.

La politica aziendale considera questo sistema molto utile alla credibilità

## relazione Caruso

complessiva dell'istituzione  
e alla capacità di correggere eventuali errori.

- Inoltre le segnalazioni all'URP e la rilevazione periodica della qualità percepita dagli utenti, migliorano nel complesso il sistema ed i servizi erogati consentendo un dialogo costruttivo con i cittadini

,

utenti.

....

Alcuni Commenti relativi alle tabelle allegate:

- i RECLAMI negli ultimi tre anni si mantengono sostanzialmente stabili. La media dei tre anni (2013/2014/2015) è stata di 60 reclami/anno.

Come si vede si tratta di numeri modestissimi a fronte alle centinaia di migliaia di prestazioni annue.

- I SUGGERIMENTI forniscono numeri ancora più modesti. La media dei tre anni è 15,6 suggerimenti fanno.

La tipologia degli accessi, sempre a partire da numeri incredibilmente piccoli, riguarda prevalentemente i tempi di attesa, aspetti tecnico professionali, aspetti burocratici, aspetti relazionali che coprono circa l' 80% delle segnalazioni con grossolanamente il 20 % per ogni voce.

## relazione Caruso

- 
- 

L'analisi dei reclami e delle segnalazioni nella media dei tre anni è così suddivisa:

Amministrazione, Staff, Direzione Generale media nei tre anni 9/ anno

Dipartimento Ospedaliero " " " " 47/ anno

- Dipartimento Socio-Sanitario " " " " 18,3/ anno

Dipartimento Prevenzione " " " " 1,3/ anno

I dati si commentano da soli e dimostrano quanto il clima "caos all'ISS" sia strumentale e non suffragato dal minimo dato di fatto. Episodi puntuali vengono potenziati e propagati come indicatori

- di disservizio globale con grave danno per la credibilità complessiva del sistema che ha una grande complessità, essendo uno dei pochi settori in cui il Paese può dignitosamente confrontarsi con le realtà circumvicine, ma anche una grande fragilità in quanto interi settori si fondano sulla competenza e presenza di uno o pochi professionisti.

- 

- Pagina 81 di 81

♀