

Progetto Operativo di Assistenza Tecnica - POAT Salute 2007 – 2013

ANALISI COSTI E BENEFICI CASA DELLA SALUTE DI SIDERNO

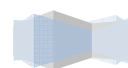
Assistenza tecnica all'applicazione delle Linee
Guida regionali: "Modello organizzativo e percorso
di attuazione delle Case della Salute"

Formez PA

giugno 2013

INDICE

PREMESSA	3
ANALISI SWOT	4
ANALISI DELL'IMPATTO	4
ANALISI VAN	7
CONCLUSIONI	16
ALLEGATI	16



PREMESSA

Il progresso scientifico della medicina e lo sviluppo tecnologico in campo sanitario, hanno ampliato l'ambito di intervento dei servizi sanitari con notevoli benefici per la sopravvivenza e la salute della popolazione.

Nello stesso tempo, si è verificato un mutamento della prevalenza e della tipologia delle malattie e un cambiamento dei bisogni di salute espressi dalla popolazione che ha portato ad avviare un processo di cambiamento organizzativo e culturale dei servizi e dei professionisti, con l'obiettivo di erogare risposte integrate all'assistito e alla sua famiglia, centro del progetto di cura e di assistenza.

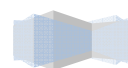
Le cure primarie rappresentano il primo livello di risposta alla domanda dei cittadini, e in tutta Europa è in atto il processo di rafforzamento dell'assistenza territoriale attraverso la modifica delle politiche sanitarie che tendono ad erogare le cure sulla base della continuità, multiprofessionalità e sistematicità dei rapporti con i cittadini.

Un'importante sfida è rappresentata dalle malattie cronic-degenerative che hanno bisogni complessi, richiedono interventi differenziati e necessitano, dunque, dell'integrazione di diverse professionalità attraverso un sistema di relazioni cliniche, assistenziali ed organizzative che partono dalla presa in carico della persona. In Italia, secondo i dati ISTAT¹, la percentuale di cittadini affetti da patologie croniche è in crescita e arriva a toccare il 36,6% della popolazione totale; se si prende in considerazione solo la popolazione anziana, la cronicità colpisce l'80,7% del totale.

In questa logica la Regione ha prodotto la disciplina normativa di riordino delle tre reti assistenziali in cui è prevista la **trasformazione di preesistenti P.O. in Casa della Salute**, quale struttura del Distretto, al cui interno si realizza la "presa in carico" del paziente e l'integrazione ed il rafforzamento delle cure primarie.

Nel raggiungimento della propria "mission" la Casa della Salute garantirà una maggior appropriatezza di risposte da cui discendono effetti positivi (benefici) apprezzabili non solo in termini di risparmio sulla spesa sanitaria ma anche sulla qualità della vita e sullo stato complessivo di salute della popolazione. Non di meno la sua realizzazione ha un costo, non solo di natura finanziaria (per la ristrutturazione dell'ex P.O.) ma anche sociale a seguito di una opportuna razionalizzazione delle strutture territoriali presenti nei Comuni del suo territorio di riferimento e che sarà evidente in termini di un necessario cambiamento di abitudini che riguarderà sia il personale dipendente che gli utenti.

In altri termini: la realizzazione della struttura, imposta da specifiche esigenze di riordino del Servizio Sanitario Regionale (derivanti dall'evoluzione della domanda di salute e dalla sostenibilità economica complessiva del servizio pubblico), porta con se costi e benefici contrapposti. Gli uni e gli altri esplicano i loro effetti sia nel breve periodo che nel Medio Lungo termine, alcuni misurabili in termini economici altri percepibili solo in termini di "impatto qualitativo" sulla vita e le abitudini della popolazione e del personale dipendente.



ANALISI SWOT

In prima battuta, l'insieme completo degli effetti positivi (benefici) e negativi (costi) attesi dalla realizzazione della Casa della Salute può essere esaminato sinteticamente con il supporto di una matrice SWOT che fornisce una chiave di lettura rapida ed intuitiva.

<p>Punti di forza (S)</p> <ul style="list-style-type: none"> • risparmi nei costi di gestione dell'ex PO • razionalizzazione costi delle strutture territoriali • razionalizzazione dei costi del personale • aumento distribuzione diretta farmaci • punto unico di accesso ai servizi territoriali 	<p>Punti di debolezza (W)</p> <ul style="list-style-type: none"> • costo dell'investimento • costo piano di comunicazione e formazione
<p>Opportunità (O)</p> <ul style="list-style-type: none"> • riduzione ricoveri impropri • riduzione codici bianchi di PS • maggiore appropriatezza prescrittiva • prevenzione complicanze malattie croniche • deospedalizzazione malati cronici • integrazione dei MMG e PLS 	<p>Rischi (T)</p> <ul style="list-style-type: none"> • cambio di abitudini • efficacia comunicazione interna ed esterna • integrazione dei MMG e PLS

Tuttavia, di qui emerge anche una complessità e molteplicità di fattori da considerare nella "valutazione di convenienza" di questa iniziativa che sono analizzati dettagliatamente nel documento, separando fenomeni per i quali è anche possibile misurare l'impatto in termini di ricadute economico-finanziario.

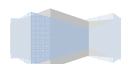
ANALISI DELL'IMPATTO

La realizzazione della Casa della salute avrà ricadute sul territorio e sulla salute pubblica che seppure non immediatamente e direttamente quantificabili in termini monetari non sono per questo meno importanti.

Le modifiche demografiche in corso nei paesi industrializzati incidono sull'organizzazione dell'assistenza sanitaria. Il paradigma della *medicina di attesa* ha caratterizzato il trattamento delle malattie acute (attesa di un evento su cui si deve intervenire per la risoluzione di un problema), mentre il paradigma della *medicina di iniziativa* è alla base della gestione delle malattie croniche, poiché l'assistenza è "estensiva", con presa in carico a lungo termine, ed in cui il valore aggiunto è rappresentato dalla capacità di presidiare la continuità delle cure e la qualità delle relazioni che si stabiliscono tra servizi ed utenti e tra i professionisti e l'assistito.

La medicina di iniziativa riguarda e include altri campi delle attività distrettuali, come le vaccinazioni, gli screening, le attività consultori ali, che si basano anch'esse sui principi di centralità del paziente e di proattività, con il coinvolgimento dei servizi di sanità pubblica.

In questo quadro nasce il modello organizzativo della Casa della Salute, come punto di riferimento certo che supera "le aree grigie dell'assistenza", (un lieve malessere o un piccolo incidente, la necessità di diversi accertamenti, difficoltà a gestire una situazione familiare e necessità di trovare chi si prende cura della



persona, ..), e anche il luogo dove si affinano gli strumenti del governo clinico per diffonderli alla gestione dell'assistenza territoriale. Infatti nella Casa della Salute si sviluppa il lavoro di equipe, l'integrazione tra MMG e le figure professionali dell'area sanitaria e sociale che operano nella struttura. Il cittadino nelle Case della Salute ha:

- l'accesso al medico di medicina generale e all'infermiere per tutto l'arco della giornata
- la presenza di un professionista che accoglie le sue richieste, orienta ai servizi e si fa carico di attivare i percorsi complessi,
- la possibilità di risolvere in un'unica sede e in modo adeguato, la maggior parte dei suoi problemi
- la gestione delle patologie croniche attraverso percorsi assistenziali condivisi e presidiati

Nella Casa della Salute nascono e si sviluppano molti altri elementi che incidono sulla soddisfazione del personale e del cittadino, quali:

- il lavoro per obiettivi
- la valutazione delle attività
- la condivisione di percorsi assistenziali integrati
- la valutazione multidimensionale
- la comunicazione
- la formazione multiprofessionale continua
- la responsabilizzazione sull'uso delle risorse

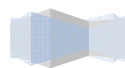
La Casa della Salute assume la funzione di Hub delle cure primarie e aderisce ad un modello di erogazione e di fruizione dei servizi altamente qualificato e definito, in grado di filtrare l'accesso alle strutture per acuti e di coordinare ed integrare tutti i servizi assistenziali già oggi presenti sul territorio. In particolare è importante sottolineare che si pone come "punto unico di accesso" del cittadino ai servizi sanitari e che, pertanto, sviluppa la gestione di una banca dati sanitaria unica per ogni cittadino.

Un importante obiettivo di questo programma è infatti l'attivazione del sistema di "presa in carico" del paziente supportato da una banca dati che raccolga tutti gli interventi, le cure e le necessità di controlli ed esami per ogni utente, accessibile e visionabile dal "Case manager" incaricato del coordinamento delle azioni di cura con attenzione particolare alle condizioni di vita del singolo, evitando inutili e costose ripetizioni, spostamenti e ricoveri.

Il "punto unico di accesso" e il "case manager" sono quindi i **punti qualificanti dell'offerta di servizio** che si svolge nelle case della salute.

Il concetto di **presa in carico del paziente** è il perno centrale di questo programma, perché rappresenta uno dei punti di maggiore criticità presenti nel rapporto cittadino-S.S.N. Il cittadino si trova oggi a dover gestire in proprio i percorsi di cura, per il forte distacco che si è venuto a creare nel tempo tra le strutture per acuti e la medicina di base (le cure primarie), con grande decremento delle figure assistenziali territoriali e con grande disagio per i pazienti e per le loro famiglie.

La realizzazione all'interno delle Case della Salute di aree di lavoro, di apparecchiature e di reti informatiche che mettono in grado i professionisti medici e di assistenza di svolgere al meglio le loro attività, coordinarsi con colleghi specialisti, ridurre gli spostamenti, facilitare la vita del paziente, seguire programmi di aggiornamento e di sviluppo professionale, è l'obiettivo primo che la Regione Calabria intende perseguire,



nella convinzione che queste dotazioni, di ambienti e di servizi a disposizione dei MMG, attrarrà gli stessi portandoli ad eleggervi il proprio studio associato così come previsto dalle Linee guida del Ministero della Salute.

Analogo ruolo “attrattivo” è svolto dallo sviluppo di programmi di formazione continua per il personale di assistenza e medico e di programmi informativi (stili di vita, nutrizione, attività fisiche, informatizzazione di base, ecc) svolti per la popolazione, per accrescere il livello di consapevolezza dell’utenza e migliorare lo scambio con il personale di cura, la comprensione dei percorsi terapeutici e l’eventuale utilizzo di ausili sanitari e di apparecchiature medicali.

In questo scenario emerge un impatto positivo della Casa della salute, **non quantificabile direttamente in termini economici** ma sicuramente esprimibile come vantaggi che riguarderanno tutti gli attori del sistema e che si possono riassumere come segue:

I vantaggi per i cittadini

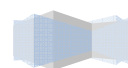
- presa in carico integrata da parte di un’èquipe di professionisti sanitari e sociali
- presenza di un punto di riferimento riconoscibile
- garanzia della qualità e tutela di presa in carico nei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali
- ampliamento del rapporto di fiducia già esistente col proprio MMG, ai colleghi e ai MCA quali figure di riferimento stabili, che collaborano condividendo protocolli, linee guida e percorsi
- riduzione del disagio dell’utente con problemi urgenti che trova comunque la risposta di un professionista, anche se non è il proprio medico di famiglia
- riduzione o eliminazione dei disagi legati al ricorso improprio al Pronto Soccorso
- accesso ad una ampia gamma di prestazioni ottenibili grazie alla collaborazione del personale infermieristico e degli specialisti, in un’unica sede

Inoltre, la soddisfazione degli utenti potrà essere periodicamente valutata con strumenti da individuare congiuntamente, con la collaborazione di forme associative dei cittadini.

I vantaggi per i professionisti

- lavorare utilizzando gli strumenti della clinical governance
- vantaggi derivanti dalla forte integrazione tra le diverse figure professionali coinvolte
- miglioramento dell’attività clinica dei MMG con la riduzione dell’iperafflusso nei giorni post-festivi o gli scompensi prodotti da improvvise urgenze durante l’attività ambulatoriale

Tutto questo richiederà di migliorare e rafforzare il coordinamento con gli altri servizi presenti nella Casa della Salute e al di fuori nel presidio ospedaliero rivedendo gli assetti organizzativi delle cure primarie in questa logica di integrazione istituzionale e organizzativa. In questo senso, la Casa della Salute svolge la funzione ideale di *aggregazione* dei professionisti che operano sul territorio di riferimento e modifica una realtà nella quale il Medico di Medicina Generale (MMG) è lasciato solo nel suo studio pur essendo il coordinatore delle prestazioni e dei percorsi assistenziali. Con questo nuovo modello organizzativo invece, si restituisce ai MMG/PLS il **ruolo clinico** e la titolarità della funzione di governo clinico, valorizzando anche gli infermieri per le attività di presa in carico, counselling, assistenza, accompagnamento nei percorsi, adesione alla terapia.



I vantaggi per l'organizzazione

- diffusione nella cittadinanza, dei criteri di appropriato uso dei servizi sanitari
- impatto positivo sull'opinione pubblica (enti locali, associazioni, mass-media...)
- miglioramento della qualità delle prestazioni del Pronto Soccorso in relazione alla diminuzione degli accessi "impropri", che servirà anche per migliorare la qualità dei servizi in termini di: tempi di attesa, accuratezza visita tempestiva gestione delle reali emergenze, riduzione stato d'ansia pazienti in attesa etc.
- miglioramento della qualità delle prestazioni ospedaliere in relazione alla riduzione dei ricoveri impropri
- governo clinico in alternativa a relazioni burocratiche.

Inoltre va ricordato che la riduzione dei Codici Bianchi di Pronto Soccorso avrà anche positive ricadute direttamente misurabili in termini economici e legate al costo per gli esami diagnostici eventualmente eseguiti e potenzialmente evitabili se il paziente fosse seguito in un contesto diverso dall'ospedale dove può essere visitato più a lungo, dove può essere rimandato a casa e monitorato proattivamente a distanza, dove le possibilità di esami diagnostici sono comunque minori.

ANALISI VAN

METODOLOGIA E PRINCIPI GENERALI

L'analisi della sostenibilità economico-finanziaria dell'investimento viene condotta applicando il **metodo del VAN (Valore Attuale Netto)**¹ ai flussi finanziari attesi in entrata ed in uscita del complessivo progetto di investimento. Per l'applicazione di tale metodo, nel rispetto dei principi di cui al DPCM del 13/08/12 ed in conformità con le dottrine e la prassi finanziaria comunemente utilizzate, valgono i seguenti principi generali:

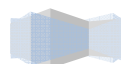
- si considerano solo i flussi differenziali (calcolati rispetto all'ipotesi senza investimento²)
- sono flussi in entrata i maggiori ricavi e i minori costi (risparmi)
- sono flussi in uscita i maggiori costi e le minori entrate
- l'investimento si considera realizzato per intero all'inizio del periodo di analisi (tempo 0)
- il tasso di interesse utilizzato per l'attualizzazione dei flussi rispecchia il costo opportunità del denaro per l'investitore.

L'utilizzo del VAN consente di misurare la redditività dell'investimento e di calcolare alcuni altri indici finanziari utili per apprezzare la rischiosità dell'investimento (TIR-e BEP)³ e la sua convenienza in raffronto

¹ Il VAN dell'investimento è la somma algebrica dei flussi in entrata e in uscita espressi al loro valore attuale. Un valore >0 è proprio di progetti di investimento in cui i ritorni, indipendentemente dalla loro distribuzione temporale, superano il costo.

² Per quanto in premessa l'operazione di investimento consiste nella trasformazione del PO in CDS e quindi l'ipotesi "senza investimento" si sostanzia nella conservazione del PO con la sua attività.

³ Il TIR (tasso interno di rendimento) esprime il tasso di interesse che renderebbe il VAN=0 e cioè indifferente la scelta di realizzare o meno il progetto di investimento. Il BEP (break even point o punto di pareggio) esprime il numero di anni necessari a che i flussi in entrata ed in uscita si equivalgano. Entrambi possono essere utilizzati come indici della rischiosità dell'iniziativa evidenziando: il primo l'oscillazione massima possibile del costo del denaro senza che l'investimento abbia costi superiori al valore attuale dei ritorni attesi; il secondo il numero di anni necessari a recuperare il capitale investito.



ad altre ipotetiche alternative di investimento (ISR)⁴. Ulteriori indici finanziari di "bancabilità del progetto" (es. Debt Service Cover ratio)⁵ pur misurabili in astratto non vengono calcolati nell'applicazione qui eseguita non essendo prevista la partecipazione di partners privati al progetto d'investimento.

Stima dei Flussi finanziari ed obiettivi di gestione

Per l'analisi del VAN dell'investimento si considera un orizzonte temporale di 10 anni⁶ con riferimento al quale vengono stimati i flussi finanziari generati dai costi e dai benefici dell'iniziativa (vd. matrice SWOT) che sono misurabili in termini economici e di seguito elencati:

1. Costo complessivo dell'investimento (incluso il piano di comunicazione e formazione)
2. Risparmi sui costi di gestione dell'ex PO
3. Razionalizzazione costi delle strutture territoriali
4. Razionalizzazione dei costi del personale
5. Riduzione ricoveri impropri
6. Prevenzione complicanze malattie croniche
7. Deospedalizzazione malati cronici
8. Riduzione codici bianchi di PS
9. Riduzione prescrizioni mediche non necessarie
10. Distribuzione diretta farmaci

I **costi complessivi dell'investimento** (voce 1 dell'elenco): sono calcolati puntualmente in relazione alle esigenze di intervento necessarie al funzionamento della Casa della Salute come dettagliate nello Studio di Fattibilità. Per comodità vengono qui raggruppate in spese di ristrutturazione edilizia e acquisti di impianti, macchinari ed attrezzature. I Flussi finanziari in uscita relativi a queste voci si considerano convenzionalmente all'inizio del piano. A tali costi si aggiungono le spese inerenti i piani di formazione e comunicazione che l'Azienda varerà per supportare lo start-up dell'iniziativa.

I **risparmi derivanti dalla razionalizzazione dei costi di gestione**⁷ (voci 2, 3 e 4 dell'elenco) dell'ex PO e delle strutture territoriali afferenti alla Casa della Salute, sono stimati puntualmente in base all'analisi delle risorse attualmente disponibili e di quelle ritenute necessarie per il funzionamento della Casa della Salute. Questi risparmi sono in gran parte realizzabili a pieno già dal primo anno di funzionamento della Casa della Salute.

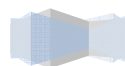
Infine, i **risparmi derivanti dall'aumento dell'efficacia ed appropriatezza dei servizi sanitari** (voci da 5 a 10 dell'elenco) sono stimati attraverso il valore di una variabile proxy ("driver di costo") conseguente al raggiungimento di un obiettivo di gestione (Target) che l'Azienda si impegna a realizzare entro un tempo determinato prima del decimo anno di funzionamento della Casa della Salute.

⁴ L'ISR (indice standard di redditività) esprime la redditività dell'investimento in relazione al capitale investito (VAN/C). In questo senso può essere utilizzato per confrontare tra loro programmi d'investimento che richiedono diversa entità di capitale e, qualora non siano alternativi l'uno all'altro, stabilire le priorità di intervento.

⁵ Indice di copertura del servizio del debito si calcola come rapporto dei flussi di cassa operativi dell'investimento (Operating Cash Flow) e la somma delle rate (quota capitale e interessi) di ciascun periodo.

⁶ Durata coerente con il minimo previsto dal citato DPCM ed inoltre prudenziale posto che mentre i flussi in uscita sono tutti concentrati all'inizio del periodo di analisi, quelli in entrata esplicano i loro effetti teoricamente all'infinito e comunque finché è operativa la Casa della Salute.

⁷ Possibili sia per il cambio di destinazione d'uso dell'immobile sia per scelte organizzative che portano maggiore efficienza nell'uso delle risorse umane e strutturali.



Questi risparmi diversamente dai precedenti, pur ottenibili dal primo anno in quanto dipendono dal conseguimento di specifici obiettivi di gestione, in realtà sono diluiti nel tempo e possono raggiungere il loro massimo livello solo quando sarà a regime l'attività della struttura.

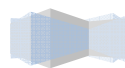
In pratica, per ciascuna voce di questo gruppo, l'ASP misura il valore attuale della variabile ("Driver") attraverso cui stima il potenziale risparmio moltiplicando la numerosità di casi (Quantità) per il loro valore medio unitario (VMU). Quindi in relazione ai propri obiettivi di corretto funzionamento della nuova struttura, stabilisce un target % di riduzione di tali costi indicando per ciascuna voce il piano dei primi 3 anni (periodo di start-up della casa della salute) e l'anno di entrata a regime (vd. Allegato 1).

Con riferimento a queste stime di medio -lungo periodo vanno sottolineati alcuni aspetti qualificanti della metodologia. L'impiego di "proxi", in parte necessitato dalla disponibilità limitata di dati rilevati, determina comunque stime "approssimate" per difetto e garantisce così l'approccio prudenziale tipico di una corretta analisi costi/benefici. L'utilizzo delle tariffe di ricavo come rappresentative dei costi di produzione dei servizi risponde all'ipotesi di gestione in equilibrio economico (Ricavi = Costi). A tal fine, inoltre, le tariffe sono abbattute del 60% per tenere conto dei costi fissi di gestione (personale in primis) non comprimibili. Infine, laddove possibile la stima dei potenziali risparmi è ottenuta moltiplicando VMU standardizzati in base alle medie regionali per le quantità misurate come volumi di prestazioni o popolazione effettiva della CDS consente alla Regione un confronto immediato ex ante sulla significatività dei target stabiliti dalle ASP ed a consuntivo, attraverso l'analisi degli scostamenti, un controllo immediato sui volumi di attività e quindi sull'efficacia dell'operatività della Casa della Salute.

In definitiva, il metodo del VAN applicato ai flussi finanziari come sopra descritti consente, oltre ad una puntuale analisi economico-finanziaria dei costi-benefici dell'iniziativa, anche di evidenziare gli effetti della correlazione diretta esistente tra la redditività attesa dell'investimento e gli obiettivi di gestione che l'ASP persegue in applicazione dei principi generali di appropriatezza e razionalizzazione della spesa ispiratori delle Linee Guida regionali per la realizzazione delle Case della Salute. Inoltre, poiché i principi generali di cui sopra sono comuni a tutte le CdS, i flussi finanziari così espressi diventano una misura "standard", e pertanto confrontabile, del valore economico generato da ciascun investimento. A questo si aggiunga che la metodologia applicata consente in modo più semplice di considerare solo i flussi differenziali rispetto all'ipotesi di assenza dell'investimento di quanto si sarebbe potuto ottenere attraverso la costruzione di bilancio di previsione per la stima dell'Operating Cash Flow (OCF)⁸ della struttura⁹. In ogni caso, il risultato

⁸ Flusso di cassa della gestione operativa, dato dalla somma algebrica dell'EBITDA (Earnings Before Interest, TAX Depretiations and Amortizations) e della variazione del CCN (Capitale Circolante Netto), esprime la liquidità a disposizione per il rimborso dei prestiti le tasse e la distribuzione di utili (ove applicabile).

⁹ A parte la relativa significatività di un bilancio di previsione (CE e SP da cui derivare i dati per la stima del OCF) di una struttura che non esiste e di cui non ci sono riferimenti consuntivi significativi utilizzabili, non esistendo neppure in altre realtà fuori Regione strutture analoghe con autonomia contabile, un eventuale OCF costruito considerando il solo bilancio di previsione della CDS sarebbe comunque parziale e potenzialmente non "corretto". Infatti, considerato che la realizzazione della Casa della Salute e la chiusura dell'ex PO sono le due facce di una stessa medaglia tra loro inscindibili, all'OCF della CDS andrebbe comunque sommato quello cessante dell'ospedale per la cui stima evidentemente non basterebbe l'analisi dell'ultimo modello CP. Sia perché servirebbe comunque la stima delle variazioni del CCN, sia soprattutto perché si dovrebbero scorporare quei flussi legati ai costi di gestione che non si trasferiscono nella CDS e pur tuttavia resistono nel SSR anche dopo la chiusura dell'ex PO (es. personale in "esubero" ricollocato in altre strutture dell'ASP o della Regione, consumi di farmaci ed altro per prestazioni di ricovero anche "inappropriate" che continuano ad essere erogate in altri PO dell'ASP e o della Regione, etc.). Inoltre andrebbero stimati i flussi derivanti dalla razionalizzazione delle altre strutture territoriali afferenti alla CDS. Infine, con riferimento alla parte dei flussi in entrata rappresentati dai ricavi all'interno dell'OCF è dubbio come ci si sarebbe dovuti comportare. Infatti, considerando le quote capitarie si sarebbe dovuto "sterilizzare" l'effetto rettificando nel CP dell'ex PO il valore dei ricavi per allineare la popolazione residente lì utilizzata a quella calcolata per il territorio di riferimento della CDS, alternativamente si sarebbe potuto considerare il controvalore delle tariffe delle prestazioni. Appare chiaro che la prima soluzione è quella da preferire poiché la seconda individua flussi



dell'attualizzazione degli OCF differenziali della struttura mentre avrebbe la stessa significatività economica del risultato finale, resterebbe tuttavia una misura sintetica della redditività dell'investimento, incapace di evidenziare la correlazione esistente con la realizzazione degli obiettivi strategici della Casa della Salute ed il loro contributo individuale al risultato finale.

Nella tabella sono elencati i benefici attesi nel medio/Lungo termine con i relativi "Drivers" di risparmio e per ognuno di essi il rationale definito per misurare sia la Quantità che il VMU dei casi.

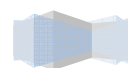
Benefici di M/L Termine	Driver di costo	Valore medio unitario (VMU)	Quantità (Q.tà)
Riduzione ricoveri impropri	Ricoveri riferiti ai "43 DRG a rischio" di inappropriatazza	40% tariffa media ponderata (con il n. di casi riferiti alla Regione) dei DRG a rischio 40% tariffa prestazione alternativa	media annua 2008-2010 dei casi riferiti alla popolazione residente nel territorio della CDS
Prevenzione complicanze malattie croniche	Ricoveri correlati alle principali complicanze di malattie croniche	40% tariffa media ponderata (con il n. di casi riferiti alla Regione) dei 20 DRG più frequenti correlati alle complicanze di patologie croniche - 40% tariffa prestazione di prevenzione	media annua 2008-2010 dei casi riferiti alla popolazione residente nel territorio della CDS
Deospedalizzazione malati cronici	Ricoveri ripetuti per pazienti over 65 con patologie croniche	40% tariffa media ponderata (con il n. di casi riferiti alla Regione) dei 20 DRG più frequenti correlati alle complicanze di patologie croniche - 40% tariffa prestazione alternativa	media annua 2008-2010 dei casi riferiti alla popolazione over 65 residente nel territorio della CDS
Riduzione codici bianchi di PS	Esami diagnostici eseguiti per accessi in PS con "cod. bianco"	40% tariffa netta di ticket media ponderata (con il n. di casi riferiti alla Regione) dei principali esami diagnostici eseguiti su CB di PS	media annua 2008-2010 del n. di accessi in PS con CB riferiti alla popolazione residente nel territorio della CDS
Riduzione prescrizioni mediche non necessarie	"Iperprescrizioni" di farmaci	spesa farmaceutica per assistito indotta dai MMG e PLS "iperprescrittori"	n. di assistiti dei MMG e PLS "iperprescrittori" residenti nel territorio della CDS
Distribuzione diretta farmaci	Spesa per farmaci del PHT distribuiti dalle farmacie conv.te	spesa procapite per farmaci del PHT distribuiti dalle farmacie convenzionate x la % di sconto sui farmaci a DD (es. 50%).	popolazione residente (o totale assistiti) nel territorio della CDS

Abbreviazioni utilizzate: CB (Codice Bianco); CDS (Casa della Salute); DD (Distribuzione Diretta); PHT (Prontuario Terapeutico); PS (Pronto Soccorso).

Tasso di attualizzazione dei Flussi finanziari

Per l'attualizzazione dei flussi si è utilizzato un tasso di interesse rappresentativo del rendimento ottenibile dallo Stato su operazioni di finanziamento a ML termine alle PA e pari a 0,05799, ottenuto sommando al

economici e non finanziari, ciò non di meno possibili diverse interpretazioni inducono il rischio di un'analisi costi/benefici impostata su flussi "non corretti".



tasso Euribor 6 mesi in vigore al 5 aprile 2013 (0,03290) data di riferimento della valutazione e lo spread di 2,509 punti: condizioni bancarie previste nell'ultima concessione di finanziamenti a 10 anni della Cassa di Deposito e Prestiti.

Infatti, vista la natura pubblica dei soggetti partecipanti all'investimento (che esclude forme di investimento speculativo) e considerato che i fondi utilizzati sono interamente UE (quindi pubblici) il tasso suindicato, piuttosto che il rendimento di forme alternative di investimento "free risk" (es. buoni poliennali del tesoro), è ritenuto maggiormente rappresentativo del "costo opportunità" del denaro.

Inoltre, esso è comunque superiore (quindi maggiormente prudentiale) al tasso minimo del 5% suggerito dal citato DPCM.

ANALISI FLUSSI FINANZIARI DELL'INVESTIMENTO

Flussi in uscita (out cash flow)

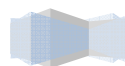
L'investimento strutturale ammonta complessivamente ad euro 9.760.000,00 di cui euro 8.398.000,00 per lavori di ristrutturazione dell'ex PO ed euro 1.362.000,00 per l'acquisto di impianti e (vd Quadro economico dello SDF). Inoltre sono previsti euro 250.000,00 per la formazione del personale dipendente e per la realizzazione di un piano di comunicazione interna (rivolto al personale che lavorerà nella CDS) ed esterna (rivolto ai cittadini che ad essa si rivolgeranno). Per quanto riguarda la formazione questa tiene conto del piano di ricollocazione del personale ipotizzato per la dotazione organica a regime (coerentemente con l'età anagrafica e le conseguenti previsioni di pensionamento) ed anche del fatto che i profili professionali degli infermieri e dello staff sono quelli più "impattabili" dalle novità organizzative indotte del PUA e dagli altri servizi della CDS. Inoltre, ai fini della migliore organizzazione dei servizi innovativi della CDS (es. PUA) ed il coordinamento delle AFO, si tiene conto dei bisogni di formazione su "temi manageriali ed organizzativi" del personale con responsabilità gestionali ivi incluso il personale non dirigente presente all'interno dell'organizzazione.

L'investimento complessivo previsto per la realizzazione e supporto allo start-up della Casa della Salute di Siderno è quindi pari ad euro 10.010.000,00.

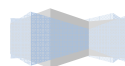
Flussi in entrata (in cash flow)

Per la stima dei flussi in entrata ottenibili dalla realizzazione dell'investimento sono state effettuate alcune ipotesi e stabiliti obiettivi di gestione operativa della struttura di seguito descritti:

- **Risparmi sui costi di gestione dell'ex PO:** la trasformazione del PO in una struttura senza degenza consentirà la riduzione di alcune importanti voci di spesa relative ai principali servizi non sanitari necessari al funzionamento della struttura. In particolare, dall'esame dei contratti esistenti all'epoca di apertura dell'ospedale e considerando gli accordi di revisione in essere e o in fase di discussione con i fornitori si stimano risparmi per un valore complessivo a regime nei primi tre anni del piano economico finanziario pari a circa € 156 mila annui così composti:
 - Lavanderia: Il risparmio è dovuto principalmente alla variazione di destinazione d'uso dell'immobile che modifica la funzione ospedaliera in favore dell'attivazione quale Casa della Salute, centro di coordinamento e di attuazione dell'assistenza primaria. In particolare per le spese di lavanderia si stima un risparmio di circa € 6.000,00 nell'arco dei primi tre anni del piano economico finanziario.



- Appalto pulizia: Il risparmio è dovuto principalmente alla variazione di destinazione d'uso dell'immobile che modifica la funzione ospedaliera in favore dell'attivazione quale Casa della Salute, centro di coordinamento e di attuazione dell'assistenza primaria. In particolare l'appalto per le pulizie si modifica non essendo più presenti aree ad alta criticità quali il blocco operatorio, che presentano caratteristiche di maggiore criticità nella modalità e frequenza delle pulizie. La previsione è quindi di una diminuzione del costo complessivo con un risparmio pari a circa € 26.000,00, nei primi tre anni del piano economico finanziario.
- Mensa: Il costo di gestione della mensa in presenza dell'ospedale attivo, è stato temporaneamente azzerato nell'anno in corso per il trasferimento delle attività di ricovero ordinario. Pertanto, il risparmio già conseguito è pari a circa € 8.000,00 a partire dal primo anno del piano economico finanziario.
- Riscaldamento: Il risparmio è dovuto alla modifica di destinazione d'uso dell'immobile e alla tipologia di riqualificazione prevista nel progetto. È infatti previsto di ristrutturare l'immobile nell'ottica del risparmio energetico e della sostenibilità ambientale, realizzando il sezionamento degli impianti, così da permettere l'accensione per settori separati e in caso di necessità (es: riscaldamento notturno per gli spazi della Continuità Assistenziale, il Punto di Primo Intervento e le attese relative), la riqualificazione delle tamponature esterne e la sostituzione degli infissi, la installazione di impianti di controllo e verifica delle temperature e dei consumi. È pertanto previsto che il costo iniziale del riscaldamento relativo al periodo di attività dell'ospedale si riduca, con un risparmio di circa € 28.000,00 a partire dal secondo anno del piano economico finanziario.
- Smaltimento rifiuti: il risparmio è dovuto alla modifica di destinazione d'uso dell'immobile, in particolare relativo alla dismissione della funzione di degenza ordinaria. Di conseguenza il risparmio pari a € 9.000,00 è già conseguito dall'anno in corso.
- Energia elettrica: per analoghe motivazioni a quelle sopra espresse, la spesa per utenze elettriche si ridurrà in conseguenza alle modifiche distributive e costruttive degli impianti che si prevede di adottare nella ristrutturazione dell'immobile. Gli impianti elettrici saranno infatti dotati di sistemi automatici per il controllo della luminosità, sezionati per aree organizzative. Si prevede, pertanto, la riduzione della spesa con risparmio complessivo di circa € 4.000,00 nei primi tre anni del piano economico finanziario.
- Utenze telefoniche: I contratti relativi alle utenze telefoniche sono stati oggetto di una revisione e modifica da parte dell'Azienda e ciò a portato ad ottenere un risparmio di circa € 20.000,00 nel corso dei primi tre anni del piano economico finanziario.
- Altre Utenze (Acqua): Il risparmio previsto è conseguente alla modifica di destinazione d'uso dell'immobile, in particolare per il trasferimento delle degenze, attività di forte impatto sul consumo idrico. È pertanto previsto che il costo iniziale relativo al periodo di attività dell'ospedale si riduca, con un risparmio complessivo pari a circa € 10.000,00 nei primi tre anni del piano economico finanziario.
- Manutenzione ordinaria e riparazione agli immobili e loro pertinenze: Il risparmio è dovuto principalmente alla variazione di destinazione d'uso dell'immobile che modifica la funzione ospedaliera in favore dell'attivazione quale Casa della Salute, centro di coordinamento e di attuazione dell'assistenza primaria. In particolare l'appalto per la manutenzione edile ed impiantistica dell'immobile si modifica non essendo più presenti aree ad alta tecnologia impiantistica (con particolare riferimento all'impianto di trattamento dell'aria e agli impianti elettrici, gruppi di continuità, ecc) quali il blocco operatorio. È pertanto previsto che il costo



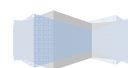
iniziale relativo al periodo di attività dell'ospedale si riduca, con un conseguente risparmio complessivo pari a circa € 9.000,00 nei primi tre anni del piano economico finanziario.

- **Razionalizzazione costi delle strutture periferiche:** l'apertura della Casa della Salute, centralizzando i servizi delle cure primarie, consentirà di riorganizzare la rete di strutture territoriali che attualmente coprono il suo territorio di riferimento. In particolare, le strutture presenti nel territorio della Casa della Salute sono:
 - 2 CSM siti nei Comuni di Locri e di Gioiosa Jonica;;
 - 2 Consultori siti nei Comuni di Siderno e di Locri;
 - 5 postazioni di Continuità Assistenziale site nei Comuni di Agnana, Canolo Nuova, Grotteria, Mammola e Martone;
 - 2 Poli ambulatoriali nei Comuni di Gioiosa Jonica e Roccella Jonica;
 - 1 DPP e SERT nel Comune di Siderno.

La riorganizzazione prevede il trasferimento nella sede dell'ex presidio ospedaliero (futura casa della salute) di tutte le strutture sopra indicate, a meno delle postazioni di Continuità Assistenziale presenti nei Comuni di Canolo Nuova, Mammola e Roccella Jonica. Quest'ultima postazione era localizzata nel Polo Ambulatoriale di Roccella Jonica, per il quale rimane invece confermato il trasferimento all'interno della Casa della Salute. I costi di esercizio (affitti, utenze, servizi diversi) iniziali rispetto alla situazione di completa attività delle strutture sopra elencate, si ridurranno parzialmente dal primo anno del piano economico finanziario per un valore di € 2.300,00, nel secondo anno per un valore di € 7.600,00 e nel terzo anno per un valore di € 1.150,00, per effetto di revisioni contrattuale già in corso da parte dell'Azienda con i fornitori di servizi. Al quarto anno del piano economico finanziario, avvenuto il previsto trasferimento delle strutture periferiche, il risparmio annuale avrà un valore di € 131mila.

In conclusione le operazioni di revisione in corso e il trasferimento delle strutture periferiche, porteranno un risparmio di costi di esercizio (affitti, utenze, servizi diversi) connessi, di circa 143 mila euro annui come risulta dall'indagine condotta nell'ambito delle attività di censimento e raccolta dati condotte durante la compilazione delle "Check-list" utilizzate per l'analisi del contesto della CDS.

- **Razionalizzazione dei costi del personale:** i risparmi ottenibili in questo ambito dipendono prevalentemente dalla realizzazione dei seguenti interventi: revisione accordi contrattuali con i MMG e PLS che lavoreranno all'interno della Casa della Salute; blocco definitivo del turnover non necessario per tutte le altre figure professionali dipendenti ed in convenzione presenti nella casa della salute. Per quanto riguarda il primo aspetto l'Azienda intende applicare le previsioni dell'Art. 26 ter dell'ACN in vigore con i MMG e PLS compensando alcune delle voci variabili della retribuzione dei MMG con prestazioni in natura (es. informatizzazione, personale segretariale, personale infermieristico, locali, la rete etc). Di conseguenza i MMG e PLS che opereranno all'interno della CdS, e limitatamente ai propri assistiti residenti nei comuni del territorio di riferimento della CdS, percepiranno sottoforma di servizi e non in denaro le seguenti indennità e maggiorazioni della Quota Capitaria:
 - maggiorazione Q.C. per Medicina di Gruppo
 - maggiorazione Q.C. per Medicina in Rete
 - maggiorazione Q.C. per Medicina in Associazione
 - Indennità per Collaboratore di Studio
 - Indennità per personale Infermieristico
 - Indennità di Collaborazione Informatica



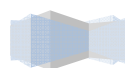
A regime questo comporterà un risparmio di circa € 238 mila annui a cui si devono aggiungere ulteriori risparmi conseguibili per effetto di una diversa organizzazione e controllo del lavoro di questi professionisti che sarà possibile attraverso l'attuazione di appositi e nuovi regolamenti organizzativi della CdS e dell'AFO Servizi Sanitari. In particolare, da questo punto di vista si prevede di riuscire ad ottenere una riduzione almeno del 25% dell'attuale spesa per prestazioni aggiuntive rese dai MMG e PLS e del 75% delle attuali indennità percepite per maggiorazione di orario, disponibilità telefonica e standard di studio medico, il tutto per un valore complessivo a regime di circa € 177 mila annui.

Per quanto riguarda, invece, le altre figure professionali all'interno della Casa della Salute l'Azienda intende applicare a tempo indeterminato il Blocco del turnover del personale limitatamente ai profili in che risultano in "esubero" rispetto alla Dotazione Organica prevista a regime (vd. All.2). Dal confronto del piano degli "esuberanti" con il piano dei presumibili pensionamenti fino al 2023 è stato stimato a regime un risparmio annuo di € 276 mila. Tale risparmio sarà ovviamente graduale e il suo andamento tiene conto anche del fatto che i profili professionali carenti a partire dal terzo anno (presumibile avvio a regime della struttura e comunque termine ultimo entro cui sarà completo l'investimento) saranno reperiti attraverso la mobilità interna dell'ASP e quindi senza costi aggiuntivi. La stima dei "valori di sostituzione" dei profili professionali in esubero è stata fatta valorizzandoli al costo medio (compresi oneri previdenziali) attualmente sostenuto dall'ASP per il personale del medesimo profilo.

L'insieme di queste misure comporterà a regime un risparmio di circa € 690 mila l'anno e nell'arco dei 10 anni esaminati un risparmio complessivo nominale di € MLN 4,8.

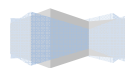
Per completezza va detto infine che ulteriori razionalizzazioni sono possibili sul fronte del personale sia pensando a risparmi sui costi unitari del turnover non evitabile (es. neoassunti, forme contrattuali maggiormente flessibili etc.); sia pensando ad efficienze legate alla turnazione delle RU che l'ASP ha già previsto nella definizione della dotazione organica a regime con l'obiettivo generale di limitare al massimo il numero di Risorse Umane impiegate allineandolo il più possibile al valore delle FTE calcolate applicando le Linee Guida regionali. Tuttavia, tali risparmi di difficile quantificazione al momento non sono stati prudenzialmente considerati nell'analisi.

- **Riduzione ricoveri impropri:** il potenziamento delle attività ambulatoriali e di assistenza domiciliare prevista con l'apertura della Casa della salute consentirà la progressiva sostituzione di attività di ricovero con trattamenti più appropriati in regime ambulatoriale e/o domiciliare. L'obiettivo dell'Azienda in questo ambito è la riduzione in misura almeno pari all'85% dei ricoveri a rischio di appropriatezza relativi alla popolazione residente nel territorio di riferimento della CDS, da realizzarsi progressivamente (vd. All.1) entro il 4° anno del suo funzionamento. Ciò consentirà a regime un risparmio (inteso come la differenza tra il minor costo per ricoveri inappropriati e il maggior costo per trattamenti appropriati) di circa € 547 mila l'anno.
- **Prevenzione complicanze malattie croniche:** L'applicazione di protocolli clinico assistenziali previsti all'interno della Casa della salute, come l'approccio di medicina proattiva che sarà possibile con il funzionamento a regime del PUA ed il coordinamento di tutti i servizi di medicina primaria all'interno dell'AFO servizi sanitari con i servizi di prevenzione consentirà un monitoraggio continuo della popolazione con malattie croniche che ritarderà (e in alcuni casi eviterà) l'insorgere delle complicanze e di conseguenza l'esigenza di ricoveri. L'obiettivo dell'Azienda in questo ambito è la riduzione in misura almeno pari all'85% dei ricoveri collegati alle complicanze delle principali malattie croniche relativi alla



popolazione residente nel territorio di riferimento della CDS, da realizzarsi progressivamente (vd. All.1) entro il 4° anno del suo funzionamento. Ciò consentirà a regime un risparmio di circa € MLN 1 l'anno.

- **Deospedalizzazione malati cronici:** attraverso i servizi della Casa della Salute sarà possibile fornire risposte mirate e coerenti con tempi di attesa accettabili alla domanda di visite specialistiche ed esami diagnostici per accertamenti di routine e periodici in assenza delle quali si alimenta il ricorso ai ricoveri ripetuti di breve durata frequenti soprattutto nella popolazione anziana e con patologie croniche. L'obiettivo dell'Azienda è la riduzione in misura almeno del 85%, entro il 4° anno di funzionamento della CDS dei ricoveri ripetuti per pazienti anziani con patologie croniche residenti nel territorio di riferimento. Il raggiungimento di questo obiettivo, misurato sulla casistica esigua rilevata, consentirà a regime un risparmio di circa € 9 mila l'anno.
- **Riduzione codici bianchi di PS:** oltre ai benefici "intangibili" e quelli di difficile quantificazione economica collegati al decongestionamento dei PS ospedalieri in precedenza analizzati (vd Analisi d'Impatto), l'Azienda opererà per realizzare una riduzione dei Codici Bianchi di pronto soccorso e conseguentemente delle prestazioni diagnostiche non necessarie ad essi associate fornendo nella CdS una maggiore accuratezza di visita medica e punti di riferimento proattivo (es. PUA telefono verde etc) unitamente all'applicazione di nuove procedure per il corretto incasso dei ticket dovuti. In questo senso, in base ai dati sugli accessi in PS della popolazione residente nel territorio della Casa della salute si stimano in via prudenziale minori prestazioni per un valore (al netto dell'eventuale ticket) di circa € 14 mila annui.
- **Riduzione prescrizioni mediche non necessarie:** è possibile ottenere una maggiore appropriatezza prescrittiva dei MMG e PLS che operano nella CdS sia per effetto dell'applicazione di protocolli clinico - assistenziali che prevedono il "monitoraggio periodico" dei pazienti cronici e fragili, sia per effetto della condivisione delle informazioni che riguardano tutti i loro assistiti (contenute nel record sanitario che si prevede di attivare), sia per effetto di maggiori controllo che l'ASP potrà eseguire beneficiando dell'uniformità dei sistemi informatici e procedure operative che i MMG e PLS utilizzano all'interno della CdS. Limitatamente alla prescrizione di farmaci riferite all'anno 2012 è stata misurato il valore delle iperprescrizioni di farmaci di ciascun medico come scostamento positivo del valore delle proprie prescrizioni rispetto al loro valore atteso. Quest'ultimo, calcolato, applicando al numero di prescrizioni il valore medio unitario registrato a livello di ASP. Limitatamente ai medici "iperprescrittori" è poi stato calcolato un valore delle iperprescrizioni procapite per ciascun assistito. Tale valore applicato ai soli assistiti residenti nel territorio della CdS da la misura del risparmio potenziale ottenibile come ricaduta sul territorio in esame. L'obiettivo dell'Azienda è la riduzione del fenomeno in misura del 85%, da raggiungere gradualmente entro il 4° anno di funzionamento della CDS. I risparmi così stimati a regime ammontano a circa € 379 mila l'anno.
- **Distribuzione diretta farmaci:** attraverso la farmacia della CdS (vista anche la sua dotazione organica stabilita in applicazione delle Linee Guida Regionali) sarà possibile provvedere alla distribuzione diretta di alcuni farmaci del prontuario terapeutico attualmente distribuiti dalle farmacie convenzionate e al di fuori della "distribuzione per conto". In particolare quelli del primo ciclo di cura in esito a visita specialistica. Partendo dalla spesa procapite rilevata nell'ASP relativamente a tali farmaci oggi distribuiti in convenzione (ridotta della 50% atteso di risparmio per distribuzione diretta) ed applicando tale valore alla popolazione residente nel territorio della CdS è stato stimato un risparmio potenziale



massimo di € 369 mila annui. Obiettivo dell'ASP è quello di ottenere gradualmente almeno l'85%, entro il 4° anno di funzionamento della CDS. Pertanto il risparmio stimato a regime da tale misura d'intervento è di € 314 mila circa.

RISULTATI DELL'ANALISI DEI FLUSSI: VAN ED ALTRI INDICATORI DI SOSTENIBILITÀ DELL'INVESTIMENTO

L'analisi condotta sui flussi finanziari generati dall'investimento evidenzia un VAN positivo di € 8.843.630 ed un TIR corrispondente del 18,92% che testimoniano la convenienza economico-finanziaria dell'iniziativa accompagnata da un moderato livello di rischio. Infatti, il valore del TIR consente una forte elasticità ad eventuali oscillazioni del tasso Euribor teoricamente possibili fino a 13,12 punti base prima che si azzeri il VAN. Considerazioni analoghe sulla rischiosità dell'investimento discendono dall'esame del punto di pareggio che si raggiunge entro il 5° anno. Infine, il valore dell'indice standard di redditività (90,7%) consente un apprezzamento positivo anche sulla redditività assoluta dell'investimento che nei dieci anni del piano finanziario porta quasi a raddoppiare il capitale investito.

CONCLUSIONI

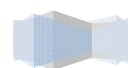
Le considerazioni su esposte sia con riferimento ai risultati dell'analisi dei flussi finanziari che sull'impatto che si avrà sulla collettività con l'avvio delle attività della Casa della Salute consentono di valutare positivamente il progetto d'investimento proposto.

Infatti, poichè gli scenari dei servizi sanitari nei prossimi anni saranno sempre più caratterizzati dal divario tra le risorse disponibili e la domanda di salute, questi potranno essere fronteggiati solo con un crescente ricorso ad investimenti economicamente sostenibili ed orientati al rafforzamento delle cure primarie ed alla promozione dell'integrazione e del coordinamento tra Medici di Medicina Generale, altri Professionisti sanitari e Specialisti ospedalieri.

Proprio con riferimento a questo ultimo aspetto vale la pena ricordare che coordinamento tra gli operatori è una componente fondamentale della qualità dell'assistenza, come è stato rilevato anche da un'indagine OCSE (Hofmarcher, Oxley, Rusticelli, 2007) che evidenziava come *“l'insufficiente coerenza e coordinamento nell'erogazione delle cure è sicuramente la principale causa della inadeguata risposta ai bisogni delle popolazioni”*.

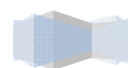
ALLEGATI

1. ANALISI FLUSSI FINANZIARI DELL'INVESTIMENTO E TARGET OPERATIVI
2. DOTAZIONE ORGANICA A REGIME



ALLEGATO 1

ANALISI FLUSSI FINANZIARI DELL'INVESTIMENTO E TARGET OPERATIVI



Euribor 6M 3,290%
 Spread 2,509%
 tasso i 5,799%

ANALISI FLUSSI FINANZIARI DELL'INVESTIMENTO E TARGET OPERATIVI

VAN DELL'INVESTIMENTO (€ 000)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Flussi in uscita (out Cash Flow)											
Ristrutturazione edilizia	8.398	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Macchinari ed attrezzature	1.362	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Formazione e comunicazione	-	130	30	30	30	30	-	-	-	-	-
Totale "out CF"	9.760	130	30	30	30	30	-	-	-	-	-
Flussi in entrata (in Cash Flow)											
Risparmi sui costi di gestione dell'ex PO	-	-	144	156	156	156	156	156	156	156	156
<i>Risparmi già conseguiti alla data dell'analisi</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Risparmi stimati per variazioni contrattuali</i>	-	-	144	156	156	156	156	156	156	156	156
Razionalizzazione costi delle strutture periferiche	-	2	10	11	143	143	143	143	143	143	143
Razionalizzazione costi del personale	-	71	444	444	495	495	511	511	511	651	690
<i>Accordi contrattuali con MMG e PLS</i>	-	41	414	414	414	414	414	414	414	414	414
<i>Turnover evitabile</i>	-	30	30	30	81	81	96	96	96	237	276
Riduzione ricoveri impropri	-	109	274	438	547	547	547	547	547	547	547
Prevenzione complicanze malattie croniche	-	200	500	799	999	999	999	999	999	999	999
Deospedalizzazione malati cronici	-	2	4	7	9	9	9	9	9	9	9
Riduzione codici bianchi di PS	-	3	7	11	14	14	14	14	14	14	14
Riduzione prescrizioni mediche non necessarie	-	76	189	303	379	379	379	379	379	379	379
Distribuzione diretta farmaci	-	63	157	251	314	314	314	314	314	314	314
Totale "in CF"	-	526	1.729	2.421	3.056	3.056	3.071	3.071	3.071	3.212	3.250
Net Cash Flow	-9.760	396	1.699	2.391	3.026	3.026	3.071	3.071	3.071	3.212	3.250

VAN: 8.848,63 TIR: 18,92% BEP: 5 ISR: 90,7%

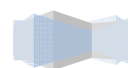
Euribor 6M 3,290%
 Spread 2,509%
 tasso i 5,799%

ANALISI FLUSSI FINANZIARI DELL'INVESTIMENTO E TARGET OPERATIVI

Benefici di M/L Termine	Driver di costo	vmu [A]	Q.ta [B]	Actual [AxB]	% Target [C]	Risparmio [AxBxC]	% Target 1° anno	% Target 2° anno	% Target 3° anno	Anno a regime
Riduzione ricoveri impropri	Ricoveri riferiti ai "43 DRG a rischio" di inappropriatezza	364,40	1.767	643.895	85%	547.311	20%	50%	80%	4
Prevenzione complicanze malattie croniche	Ricoveri correlati alle principali complicanze di malattie croniche	863,60	1.361	1.175.360	85%	999.056	20%	50%	80%	4
Deospedalizzazione malati cronici	Ricoveri ripetuti per pazienti over 65 con patologie croniche	1.009,60	10	10.096	85%	8.582	20%	50%	80%	4
Riduzione codici bianchi di PS	Esami diagnostici eseguiti per accessi in PS con "cod. bianco"	25,00	676	16.900	85%	14.365	20%	50%	80%	4
Riduzione prescrizioni mediche non necessarie	"Iperprescrizioni" di farmaci	23,01	19.376	445.842	85%	378.965	20%	50%	80%	4
Distribuzione diretta farmaci	Spesa per farmaci del PHT distribuiti dalle farmacie conv.te	7,74	47.663	368.986	85%	313.638	20%	50%	80%	4

ALLEGATO 2

DOTAZIONE ORGANICA A REGIME



DOTAZIONE ORGANICA A REGIME

SERVIZI	PROFILI PROFESSIONALI (FTE)																	Totale
	MMG	PLS	MCA	MSA	INF	OSS	TL	TRX	TER	TCR	PSH	PSI	FAR	ASS	EDU	STAFF	DIR	
AFO ASE: Accoglienza, Accesso e Seg. Soc.	1,0	-	-	2,0	4,0	-	-	-	1,0	-	-	1,0	3,4	4,0	-	15,6	1,0	33,0
1. Informazioni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,00	-	3,0
2. PUA	1,00	-	-	2,00	4,00	-	-	-	1,00	-	-	1,00	-	4,00	-	5,00	1,00	19,0
<i>Front Office</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,00	-	-	-	2,0
<i>Back Office (incluso Case management)</i>	-	-	-	1,00	3,00	-	-	-	-	-	-	-	-	1,00	-	2,00	-	7,0
<i>UVM</i>	1,00	-	-	1,00	1,00	-	-	-	1,00	-	-	1,00	-	1,00	-	-	1,00	7,0
<i>Scelta revoca MMG e PLS</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,00	-	1,0
<i>Integrazione protesica ed esenzione ticket</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,00	-	2,0
3. CUP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6,52	-	6,5
4. Farmacia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,35	-	-	1,12	-	4,5

DOTAZIONE ORGANICA A REGIME

SERVIZI	PROFILI PROFESSIONALI (FTE)																	Totale
	MMG	PLS	MCA	MSA	INF	OSS	TL	TRX	TER	TCR	PSH	PSI	FAR	ASS	EDU	STAFF	DIR	
AFO SSA: Servizi Sanitari	37,9	6,5	17,0	14,9	10,2	-	0,8	0,2	-	-	-	-	-	-	-	0,1	-	87,6
1. PS mobile 118	-	-	2,00	-	2,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,0
2. Primo intervento e piccole urgenze (PPI)	-	-	4,00	-	4,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8,0
3. Guardia medica	-	-	11,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11,0
4. Ambulatori MMG e PLS	37,90	6,51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44,4
5. Ambulatori medicina specialistica	-	-	-	14,87	1,46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16,3
<i>Cardiologia</i>	-	-	-	1,64	0,16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,8
<i>Chirurgia Generale</i>	-	-	-	0,24	0,02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3
<i>Chirurgia Vascolare</i>	-	-	-	0,20	0,02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2
<i>Dermatologia</i>	-	-	-	0,32	0,03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4
<i>Endocrinologia/Diabetologia</i>	-	-	-	0,24	0,02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3
<i>Gastroenterologia</i>	-	-	-	0,11	0,01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1
<i>Nefrologia-Dialisi</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Neurologia</i>	-	-	-	0,23	0,02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3
<i>Oculistica</i>	-	-	-	1,55	0,15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,7
<i>Odontoiatria</i>	-	-	-	1,22	0,12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,3
<i>Oncologia</i>	-	-	-	0,20	0,02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2
<i>Ortopedia</i>	-	-	-	0,49	0,05	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5
<i>Ostetricia-Ginecologia</i>	-	-	-	0,79	0,08	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,9
<i>Otorinolaringoiatria</i>	-	-	-	0,48	0,05	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5
<i>Pneumologia</i>	-	-	-	0,10	0,01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1
<i>Urologia</i>	-	-	-	0,33	0,03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4
<i>Altre Prestazioni Specialistiche</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Altro</i>	-	-	-	6,73	0,67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7,4
<i>Reumatologia</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

DOTAZIONE ORGANICA A REGIME

SERVIZI	PROFILI PROFESSIONALI (FTE)																	Totale
	MMG	PLS	MCA	MSA	INF	OSS	TL	TRX	TER	TCR	PSH	PSI	FAR	ASS	EDU	STAFF	DIR	
6. Ambulatorio infermieristico	-	-	-	-	0,23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2
7. Prelievi e donazioni	-	-	-	-	2,06	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,1
8. Analisi chimico cliniche (Point of Care)	-	-	-	-	0,33	-	0,81	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,1
9. Diagnostica per immagini	-	-	-	-	0,11	-	-	0,23	-	-	-	-	-	-	-	0,05	-	0,4
10. Dialisi (CAD)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AFO SSS: Servizi Socio Sanitari	8,0	-	-	5,4	23,0	9,8	-	-	3,0	9,8	0,4	3,3	-	2,3	1,0	3,0	0,1	69,2
1. Consultorio familiare	-	-	-	1,00	1,00	-	-	-	-	-	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-	5,0
2. Recupero e riabilitazione funzionale (CD+Amb.)	-	-	-	0,40	1,00	-	-	-	3,00	4,00	-	0,61	-	0,33	-	-	0,10	9,4
3. Centro di Salute Mentale (Ambulatorio)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,38	0,38	-	-	-	-	-	0,8
4. Servizio recupero tossicodipendenze e alcool	-	-	-	1,00	1,00	-	-	-	-	-	-	1,00	-	1,00	1,00	1,00	-	6,0
5. Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	8,03	-	-	-	18,00	9,84	-	-	-	5,77	-	0,31	-	-	-	1,03	-	43,0
6. Centro diurno per anziani	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7. Prevenzione ed educazione sanitaria	-	-	-	3,00	2,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,0
AFO SAS: Servizi ed Attività Sociali	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1. Servizi sociali ed associativi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AFO SGA: Servizi Generali ed Amministrativi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,0	-	3,0
1. Coordinamento Sanitario	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,50	-	0,5
2. Coordinamento professioni sanitarie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,50	-	0,5
3. Attività amministrative di supporto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,00	-	2,0
TOTALE CASA DELLA SALUTE (FTE)	46,9	6,5	17,0	22,3	37,2	9,8	0,8	0,2	4,0	9,8	0,4	4,3	3,4	6,3	1,0	21,7	1,1	192,7
RETTIFICHE	-9,03	-	-0,83	-1,00	-1,00	-	-	-	-1,00	-	-	-1,00	-	-1,00	-	-0,03	-1,10	-16,0
TOTALE CASA DELLA SALUTE (RU)	38,0	7,0	17,0	22,0	37,0	10,0	1,0	1,0	3,0	10,0	1,0	4,0	4,0	6,0	1,0	22,0	-	177,0

DOTAZIONE ORGANICA A REGIME

SERVIZI	PROFILI PROFESSIONALI (FTE)																	Totale
	MMG	PLS	MCA	MSA	INF	OSS	TL	TRX	TER	TCR	PSH	PSI	FAR	ASS	EDU	STAFF	DIR	
RU DISPONIBILI (FTE)	46,0	8,0	41,7	31,7	26,4	-	-	-	-	-	-	3,7	-	7,0	4,0	22,0	6,0	196,4
RU NECESSARIE (FTE)	37,9	6,5	16,2	21,3	36,2	9,8	0,8	0,2	3,0	9,8	0,4	3,3	3,4	5,3	1,0	21,7	-	176,7
DIFFERENZA	8,1	1,5	25,5	10,4	-9,8	-9,8	-0,8	-0,2	-3,0	-9,8	-0,4	0,4	-3,4	1,7	3,0	0,3	6,0	19,7
RETTIFICHE DIFFERENZE	-8,1	-1,5		-11,3														-20,9
ALTRE RU DISPONIBILI (FTE)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ESUBERO/(CARENZA) FTE	-	-	25,5	-0,9	-9,8	-9,8	-0,8	-0,2	-3,0	-9,8	-0,4	0,4	-3,4	1,7	3,0	0,3	6,0	-1,2
TOTALE ESUBERO/(CARENZA) RU	-	-	26,0	-1,0	-10,0	-10,0	-1,0	-1,0	-3,0	-10,0	-1,0	1,0	-4,0	2,0	3,0	1,0	6,0	-2,0