

# **Valorizzazione della funzione di Pronto Soccorso Regione Molise**

**IP Monitoraggio LEA e supporto alle Regioni in Piano di Rientro**

*Luglio 2025*

## Sommario

<b>Introduzione</b> .....	2
<b>CARATTERISTICHE FUNZIONALI E OPERATIVE DEL PRONTO SOCCORSO</b> .....	3
<b>COMPOSIZIONE TERRITORIALE REGIONALE</b> .....	4
<b>ANALISI DELLE ATTIVITA'</b> .....	6
<b>CONFRONTO TRA TRIAGE E LIVELLO DI APPROPRIATEZZA DELL'ACCESSO</b> .....	8
<b>ANALISI DELLE PRESTAZIONI EROGATE</b> .....	10
<b>ANALISI DEI COSTI ATTRIBIBILI ALLA FUNZIONE DI ATTESA</b> .....	11
<b>APPARECCHIATURE TECNOLOGICHE</b> .....	12
<b>SERVIZI, COSTI ACCESSORI E COSTI COMUNI</b> .....	13
<b>BENI SANITARI E PRESTAZIONI SANITARIE</b> .....	14
<b>COSTO TOTALE ATTRIBIBILE ALLA FUNZIONE DI ATTESA</b> .....	15

## Introduzione

Nel quadro della legislazione successiva alle leggi di riordino del Servizio Sanitario Nazionale (D.lgs. 502/92 e D.lgs. 517/93), la programmazione nazionale ha tenuto conto della specificità e del «valore economico» dell'attività svolta in Pronto Soccorso. In effetti, il D.M. 15 aprile 1994 *“Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera”* ha definito le prestazioni erogabili all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) finanziabili con il Fondo Sanitario Nazionale, introducendo il sistema di pagamento a tariffa predeterminata, ma precisando che per alcune attività (tra cui l'emergenza) è maggiormente appropriata una diversa forma di finanziamento.

L'analisi e la valutazione dei criteri di finanziamento e delle attività svolte in Pronto Soccorso consentono di definire la tipologia dei costi, il controllo di gestione e la formulazione del budget in tale servizio.

Il sistema delle tariffe per il finanziamento degli ospedali previsto dal già citato D.M. 15 aprile 1994 (art. 1, comma 3), presuppone la definizione dell'«unità di misura» delle prestazioni ospedaliere erogate in regime di ricovero, i Diagnosis Related Groups (D.R.Gs), in termini di servizi offerti, secondo cui l'ente erogatore viene pagato. A tal fine si delimita l'ambito di applicazione delle tariffe secondo precise categorie di prestazioni e, per ciascuna categoria, si definiscono criteri di omogeneità allo scopo di specificare l'unità di misura ed il relativo sistema di classificazione di riferimento.

Per le strutture di emergenza risulta difficile definire questa unità di misura necessaria per l'applicabilità della tariffa, anche per la variabilità e numerosità di prestazioni erogabili da un Pronto Soccorso. Data la particolare natura di tali prestazioni erogate da un servizio caratterizzato dalla sua natura strategica, da una specializzazione di alto livello e da un costo elevato, risulta quindi più appropriato adottare un sistema di finanziamento differente (alla stregua di altri servizi quali: terapia intensiva, i centri per il trapianto di organi, etc.).

L'inesistenza di un nomenclatore tariffario per le prestazioni c.d. funzioni non esclude comunque questo ambito dal sistema di finanziamento: ogni regione ha adottato una propria modalità di remunerazione dell'attività svolta atta a coprire i costi indotti dall'erogazione di tali servizi di emergenza e urgenza.

Si può, quindi, considerare che il finanziamento diretto vuole in parte rendere autonoma un'attività che, per la variabilità ed imprevedibilità delle prestazioni erogate, necessita più di altre di maggiore libertà e, nello stesso tempo, vuole anche controllare il livello di spesa per ridurre gli sprechi e consentire l'erogazione di prestazioni di qualità.

## CARATTERISTICHE FUNZIONALI E OPERATIVE DEL PRONTO SOCCORSO

I servizi di emergenza sono per definizione «servizi di attesa», ovvero servizi il cui obiettivo è quello di garantire ai cittadini risposte tempestive ed appropriate al presentarsi dell'urgenza o dell'emergenza.

Il dimensionamento dei servizi e quindi la quantità di risorse attivate, non può prescindere dalla dimensione e dalla tipologia della domanda espressa a livello territoriale, ma la produttività non può essere misurata esclusivamente in termini di quantità delle prestazioni prodotte.

Il servizio di Pronto soccorso ha le seguenti caratteristiche:

- è un servizio che fa fronte a richieste non programmabili e vede un afflusso non preordinato di pazienti con necessità di cure diverse;
- è una risorsa specialistica di rapido accesso che risponde a esigenze indifferibili e, nell'emergenza, diventa risorsa polispecialistica;
- deve effettuare la selezione dei pazienti e scegliere le priorità (triage) ovvero deve ottimizzare gli interventi identificando il malato critico ed un conseguente percorso metodologico guida che garantisca qualità ed intensità delle cure;
- esercita funzioni di accettazione sanitaria e ricovero urgente;
- organizza, d'intesa con la centrale operativa, il trasporto protetto dei pazienti;
- esercita un ruolo fondamentale nella catena dei soccorsi in caso di catastrofe.

Ne deriva che l'attività assistenziale è condizionata da molteplici fattori, fra cui i principali sono i seguenti:

- il criterio cronologico (indilazionabilità del trattamento);
- il criterio prognostico (giudizio di pericolo);
- il criterio clinico (valutazione dello stato del paziente e della malattia);
- le tecnologie disponibili;
- il grado di conoscenza ed addestramento di ciascun operatore;
- il coordinamento dell'azione collettiva degli operatori.

## COMPOSIZIONE TERRITORIALE REGIONALE

La rete dell'emergenza-urgenza consta di strutture di diversa complessità assistenziale in grado di rispondere alle necessità dell'intervento secondo livelli di complessità crescente. L'organizzazione dell'emergenza sanitaria prevede un sistema coordinato dalle centrali operative, attraverso il numero unico di risposta, e articolato in diversi livelli di operatività, distinti in funzione dell'organizzazione e della complessità assistenziale a cui devono rispondere le strutture:

1. Pronto Soccorso ospedaliero (PS);
2. Dipartimenti di Emergenza, urgenza ed Accettazione di primo livello (DEA I);

Secondo le indicazioni nazionali, è lasciata facoltà alle Regioni di individuare e dislocare i DEA in funzione della propria organizzazione territoriale. Con il Decreto Ministeriale n.70/2015 sono state meglio specificate le competenze clinico-assistenziali e le caratteristiche funzionali dei livelli di assistenza. Inoltre, sono stati definiti i criteri relativi al bacino di utenza e organizzativi, distinti anche in funzione del numero di accessi annui minimi:

- PS Ospedale zona disagiata: numero minimo di accessi 6.000
- PS: numero minimo di accessi annui appropriati 20.000
- DEA I: numero minimo di accessi annui appropriati 45.000
- DEA II: numero minimo di accessi annui appropriati 70.000

Alla luce di quanto appena descritto attualmente risultano essere presenti i seguenti Pronto Soccorso sul Territorio regionale.

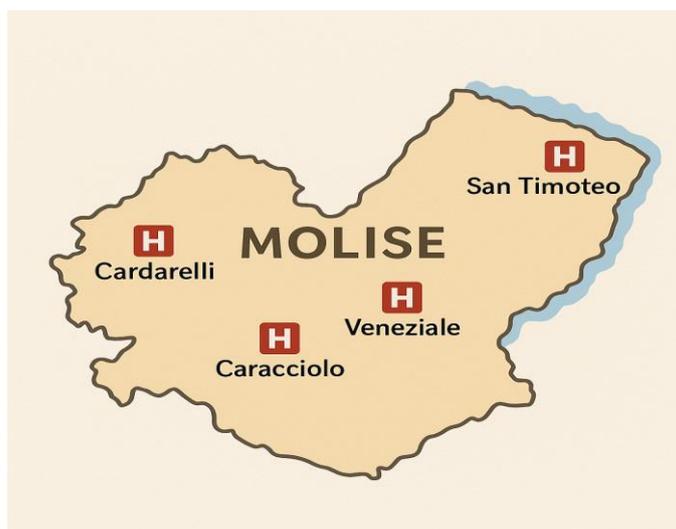


TABELLA 1: RETE EMUR REGIONE MOLISE

Struttura PS	Tipologia di struttura ospedaliera
Presidio Ospedaliero 'A. Cardarelli'	Dea I livello
Plesso Ospedaliero 'San Timoteo - Termoli'	PS Base
Ospedale Veneziale - Isernia	PS Base
Ospedale Caracciolo Agnone	Ospedale zona disagiata

Sulla base di quanto riportato nel DM n.70/2015, si definisce, nella tabella che segue, il numero di accessi medi per tipologia di struttura ospedaliera in correlazione al contesto organizzativo territoriale della rete Emergenza-Urgenza.

TABELLA 2: NUMERO DI ACCESSI MEDI PER TIPOLOGIA DI STRUTTURA OSPEDALIERA (DM 70/2015)

Struttura PS	Tipologia di struttura ospedaliera	Volume accessi DM 70/2015
Presidio Ospedaliero 'A. Cardarelli'	Dea I livello	> 45.000
Plesso Ospedaliero 'San Timoteo - Termoli'	PS Base	> 20.000
Ospedale Veneziale - Isernia	PS Base	> 20.000
Ospedale Caracciolo Agnone	Ospedale zona disagiata	> 6.000

## ANALISI DELLE ATTIVITA'

L'analisi dell'attività dei Pronto Soccorso regionali è stata effettuata sulla base dati rilevata dal Flusso EMUR PS per l'annualità 2024. Sono stati effettuati **n. 88.197** accessi in tutte le strutture regionali.

Per una più esaustiva lettura, in tabella 3 si riportano i codici colore rappresentativi della Priorità e dei tempi di attesa con cui vengono codificati gli accessi. Tale codifica è stata definita dalle "Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero" ,"Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva" e "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso" che la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha approvato l'1 agosto 2019 (Rep. Atti n.143/CSR del 1/08/2019).

TABELLA 3: NUOVA CODIFICA DI PRIORITÀ E TEMPI DI ATTESA (TRIAGE: NUOVA CODIFICA DI PRIORITÀ E TEMPO MASSIMO DI ATTESA) - LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

CODICE		DENOMINAZIONE	DEFINIZIONE	TEMPO MASSIMO DI ATTESA PER L'ACCESSO ALLA RETE DI TRATTAMENTO
Numero	Colore			
1	<b>Rosso</b>	<b>Emergenza</b>	Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali	accesso immediato
2	<b>Arancione</b>	<b>Urgenza (*)</b>	Rischio di compromissione delle funzioni vitali, condizione con rischio evolutivo o dolore severo	accesso entro 15 minuti
3	<b>Azzurro</b>	<b>Urgenza differibile</b>	Condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse	accesso entro 60 minuti
4	<b>Verde</b>	<b>Urgenza minore</b>	Condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostiche terapeutiche semplici monospecialistiche	accesso entro 120 minuti
5	<b>Bianco</b>	<b>Non urgenza</b>	Problema non urgente o di minima rilevanza clinica	accesso entro 240 minuti

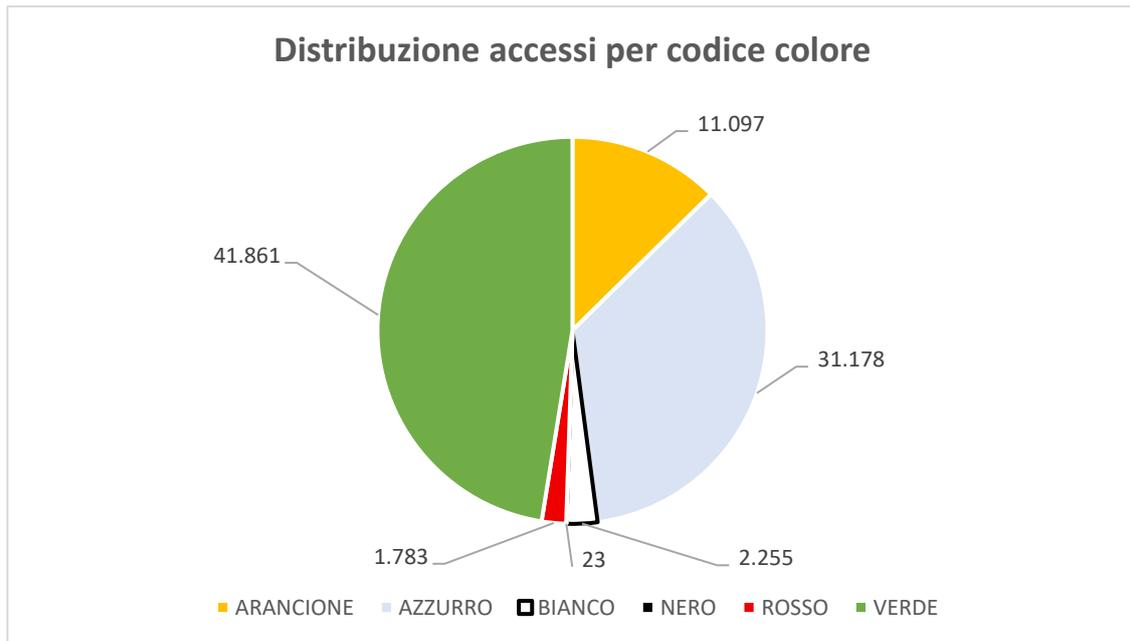
(\*) Assimilabile anche al codice colore giallo appartenente alla precedente codifica di priorità ormai sempre più in disuso.

Una prima rappresentazione descrittiva delle attività che caratterizzano il processo di Pronto Soccorso è stata ottenuta considerando le seguenti tre dimensioni codificate per ogni accesso in altrettanti campi del flusso informativo dell'attività di Pronto Soccorso (EMUR PS):

1. triage in accesso
2. livello di appropriatezza
3. esito del trattamento

Le dimensioni sono state selezionate poiché rappresentative di momenti diversi e successivi del processo che inizia con l'arrivo del paziente in Pronto Soccorso e termina con la sua dimissione.

La domanda degli accessi registrati nei Pronto Soccorso del Molise presenta le seguenti distribuzioni di codici colore in ingresso e in uscita, rappresentanti rispettivamente il *triage* e il *livello di appropriatezza*.



## CONFRONTO TRA TRIAGE E LIVELLO DI APPROPRIATEZZA DELL'ACCESSO

Al fine di completare la lettura del dato a livello regionale e di valutare il grado di correlazione dei fenomeni, sono stati effettuati alcuni confronti tra le tre dimensioni (triage, livello di appropriatezza, esito trattamento) considerate singolarmente in precedenza.

Il primo confronto riguarda i codici dei colori relativi al triage e al livello di appropriatezza. Si sottolinea, nuovamente, che il triage di accesso è attribuito sulla base di un'analisi preliminare dei parametri vitali del paziente e su quanto lo stesso dichiara, mentre il livello appropriatezza è assegnato a seguito della visita da parte del medico del Pronto Soccorso e di eventuali prestazioni diagnostiche. Il codice assegnato nelle due valutazioni può anche non coincidere, coerentemente con la diversa natura dei due elementi che servono ad esprimere, in fase di triage, la priorità di accesso al trattamento e, per quanto riguarda il livello di appropriatezza, la criticità del caso.

Di seguito vengono fornite le rappresentazioni grafiche della riclassificazione dei codici che permettono una lettura più dettagliata del fenomeno da prospettive differenti.

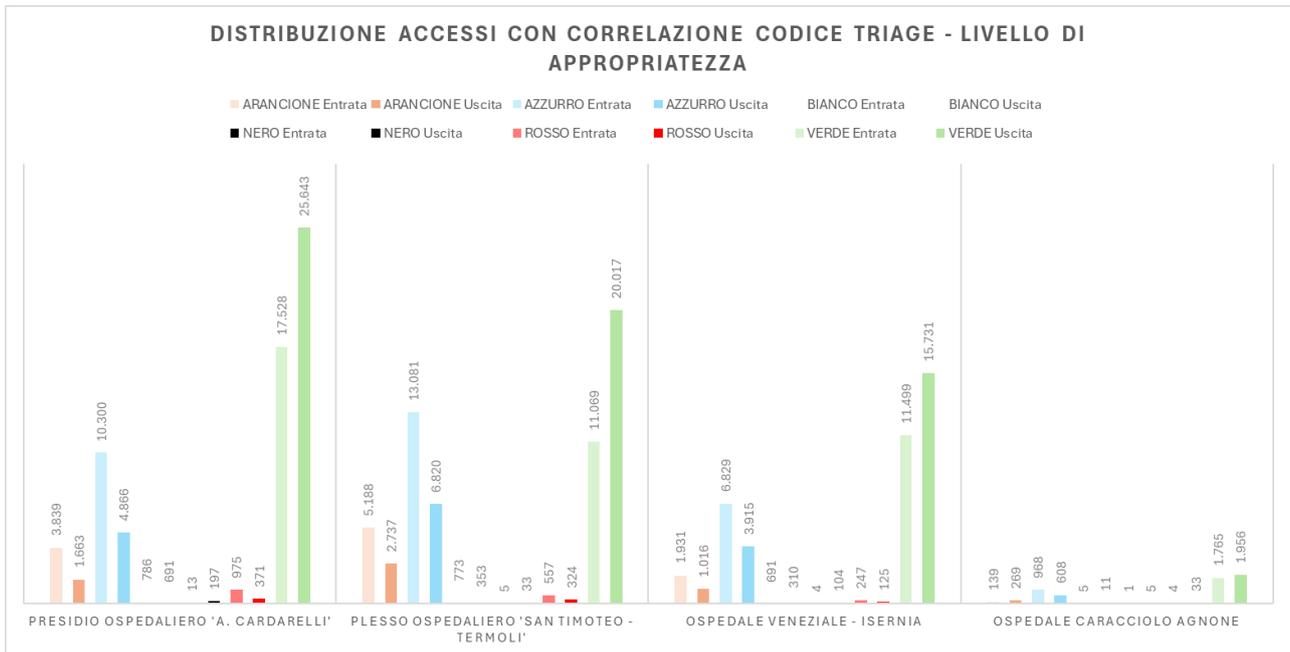
TABELLA 4: ACCESSI PER CODICE COLORE

Struttura PS	Analisi accessi Pronto Soccorso Colore Entrata					
	ARANCIONE	AZZURRO	BIANCO	NERO	ROSSO	VERDE
Presidio Ospedaliero 'A. Cardarelli'	11,48%	30,80%	2,35%	0,04%	2,92%	52,41%
Plesso Ospedaliero 'San Timoteo - Termoli'	16,91%	42,65%	2,52%	0,02%	1,82%	36,09%
Ospedale Veneziale - Isernia	9,11%	32,21%	3,26%	0,02%	1,17%	54,24%
Ospedale Caracciolo Agnone	4,82%	33,59%	0,17%	0,03%	0,14%	61,24%
<b>Totale</b>	<b>12,58%</b>	<b>35,35%</b>	<b>2,56%</b>	<b>0,03%</b>	<b>2,02%</b>	<b>47,46%</b>

TABELLA 5: DIMISSIONI PER CODICE COLORE

Struttura PS	Analisi accessi Pronto Soccorso Colore Uscita					
	ARANCIONE	AZZURRO	BIANCO	NERO	ROSSO	VERDE
Presidio Ospedaliero 'A. Cardarelli'	4,97%	14,56%	2,07%	0,59%	1,11%	76,70%
Plesso Ospedaliero 'San Timoteo - Termoli'	9,04%	22,52%	1,17%	0,11%	1,07%	66,10%
Ospedale Veneziale - Isernia	4,79%	18,47%	1,46%	0,49%	0,59%	74,20%
Ospedale Caracciolo Agnone	9,33%	21,10%	0,38%	0,17%	1,15%	67,87%
<b>Totale</b>	<b>6,48%</b>	<b>18,46%</b>	<b>1,55%</b>	<b>0,39%</b>	<b>0,97%</b>	<b>72,15%</b>

Il grafico seguente mostra, per ciascuna azienda e per ogni tipologia di struttura ospedaliera, la distribuzione del colore di triage di accesso e di dimissione.



Si osserva un incremento complessivo degli accessi di codice verde alla rivalutazione pari a 24,6% e si rappresenta che i codici neri al triage rappresentano lo 0,03% sul totale rispetto allo 0,39% in uscita.

## ANALISI DELLE PRESTAZIONI EROGATE

Per ogni tipologia di Pronto Soccorso presa in esame sono stati considerati gli accessi ad eccezione di quelli con codice colore nero al triage e le relative prestazioni. In particolare, sono state analizzate le prestazioni per singolo accesso suddivise rispettivamente in:

- RADIODIAGNOSTICA
- CONSULENZE
- TRASFUSIONALE
- ANATOMIA PATOLOGICA
- LABORATORISTICA

Si riportano sotto le prestazioni erogate sia in valori che in volumi per singola struttura.

TABELLA 6: VALORE DELLE PRESTAZIONI EROGATE

Valori 2024						
Struttura PS	Radiodiagnostica	Consulenze	Trasfusionale	Anatomia Patologica	Laboratorio	Totale
Ospedale Caracciolo Agnone	29.084,20 €	16,20 €			57.616,69 €	86.717,09 €
Presidio Ospedaliero 'A. Cardarelli'	1.667.309,38 €	328.131,00 €	247.275,94 €	3.444,24 €	753.512,54 €	2.999.673,10 €
Plesso Ospedaliero 'San Timoteo - Termoli'	968.897,48 €	145.314,00 €	196.948,38 €	1.459,22 €	1.148.599,73 €	2.461.218,81 €
Ospedale Veneziale - Isernia	601.551,86 €	181.099,80 €	145.650,27 €		597.291,41 €	1.525.593,34 €
<b>Totale</b>	<b>3.266.842,92 €</b>	<b>654.561,00 €</b>	<b>589.874,59 €</b>	<b>4.903,46 €</b>	<b>2.557.020,37 €</b>	<b>7.073.202,34 €</b>

TABELLA 7: VOLUME DELLE PRESTAZIONI EROGATE

Volumi 2024						
Struttura PS	Radiodiagnostica	Consulenze	Trasfusionale	Anatomia Patologica	Laboratorio	Totale
Ospedale Caracciolo Agnone	1.634	1			22.190	23.825
Presidio Ospedaliero 'A. Cardarelli'	34.384	20.255	5.224	68	298.906	358.837
Plesso Ospedaliero 'San Timoteo - Termoli'	27.402	8.970	5.821	46	375.446	417.685
Ospedale Veneziale - Isernia	14.985	11.179	2.590		183.484	212.238
<b>Totale</b>	<b>78.405</b>	<b>40.405</b>	<b>13.635</b>	<b>114</b>	<b>880.026</b>	<b>1.012.585</b>

# METODOLOGIA DI VALORIZZAZIONE DELL'ACCESSO di PRONTO SOCCORSO

Tale documento si prefigge l'obiettivo di determinare il valore economico della funzione di attesa relativa alle attività del pronto soccorso. A tale scopo, la metodologia utilizzata ha previsto l'analisi delle voci di costo attribuibili a tale funzione che derivano dalla predisposizione di una struttura e dalla garanzia di una capacità produttiva che non variano al variare della quantità prodotta. I costi saranno ulteriormente approfonditi, anche alla luce di una rilevazione più puntuale dei costi diretti di pronto soccorso.

Nella tabella seguente si elencano le categorie di costi che si annoverano nelle voci di costo.

TABELLA 8: VOCI DI COSTO

Costi attribuibili alla funzione di attesa
<ul style="list-style-type: none"><li>• Personale</li><li>• Apparecchiature tecnologiche</li><li>• Servizi, Costi accessori e costi comuni</li><li>• Beni sanitari (farmaci, ossigeno, DPI, dispositivi, etc.) e prestazioni sanitarie</li></ul>

## ANALISI DEI COSTI ATTRIBUIBILI ALLA FUNZIONE DI ATTESA PERSONALE

Tale fattore produttivo è stato determinato secondo il calcolo del fabbisogno basandosi sui parametri di dotazione organica, previsti dal documento Agenas "Metodo per la determinazione del fabbisogno di personale del SSN". Per la valorizzazione economica delle figure professionali è stato considerato il costo lordo per ciascun profilo, dato dal Conto Annuale 2019 – MEF. La Tabella successiva riporta i valori di dotazione organica, minimi e massimi, previsti per le diverse figure professionali (dirigente medico, infermiere, operatore socio-sanitario) nelle differenti strutture erogatrici (DEA II livello, DEA I livello, PS, PPI).

TABELLA 9: VALORI MIN E MAX DOTAZIONE ORGANICA

FTE Figura professionale	PPI		Pronto Soccorso		DEA I		DEA II	
	min	max	min	max	min	max	min	max
Dirigenti medici	3	6	6	14	12	24	24	40
Infermieri	6	12	12	18	16	48	48	70
Operatori socio-sanitari	3	5	3	5	6	10	9	12

Si rappresenta che, per i DEA I e PPI, sono stati presi in considerazione i valori di dotazione organica minimi rappresentati nella tabella soprastante in virtù del fatto che gli accessi reali risultano inferiori ai valori minimi di accesso indicati da DM 70/1015. Per il Pronto Soccorso base, invece, gli accessi reali risultano superiori del 29,66% rispetto agli accessi minimi da DM 70/2015 per cui sono stati presi in considerazione i valori minimi di personale maggiorati di tale percentuale.

Si riporta, nella tabella 10, il costo unitario medio per singola figura professionale, tenendo in considerazione tutte le voci di calcolo che contribuiscono alla determinazione di tale costo:

TABELLA 10: COSTO UNITARIO MEDIO PER FIGURA PROFESSIONALE

Figura professionale	Costo unitario medio
Dirigente Medico	120.000 €
Infermiere	50.000€
OSS	38.000€

## APPARECCHIATURE TECNOLOGICHE

Al fine di determinare una dotazione standard di apparecchiature e attrezzature necessarie all'espletamento dell'attività di primo soccorso, è stato preso a riferimento il DCA n. 4 del 31/01/2017 "L.R. 18/2008 e ss.mm. e ii. "Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private". "Manuale di Autorizzazione", Manuale di Accreditamento" e Manuale delle Procedure". Approvazione". Modifiche ed integrazioni. Il Manuale di autorizzazione è stato successivamente modificato con DCA 36/2022 avente ad oggetto "Manuale dei requisiti delle autorizzazioni sanitarie".

Si riportano, nella tabella 12, i requisiti tecnologici considerati nell'analisi.

TABELLA 11: REQUISITI TECNOLOGICI (DCA 4/2017 – REGIONE MOLISE)

REQUISITI TECNOLOGICI	quantità
elettrocardiografi portatili con connessione wi-fi	2
defibrillatore	2
monitor multiparametrico	2
barelle oleodinamiche con regolazione in altezza, trend e contotrend	
set rianimazione cardiopolmonare pediatrico	
lampade scialitiche (lampade per fonte luminose)	2
aspiratore (aspirazione gastrica e tracheobronchiale)	1
attrezzatura per immobilizzazione essenziale (collari, sacchetti,)	
frigorifero con controllo esterno temperatura (frigorifero per conservazione farmaci)	1

REQUISITI TECNOLOGICI	quantità
set rianimazione cardiopolmonare adulti	2
sistema CPAP	
carrello in acciaio per deposito biancheria sporca cm 135 x 65 x 128	1
carrello medicazioni cm 110 x 64 x 110	1
carrello porta bombola cm 45 x 125	1
carrello prelievi cm 80 x 64 x 110	1
carrello prelievi cm 80 x 64 x 110	1

Il costo fisso complessivo relativo alle apparecchiature è stato determinato utilizzando il prezzo di acquisto della singola apparecchiatura rilevato sul MEPA per il quantitativo necessario alla minima dotazione tecnologica standard, come previsto da normativa vigente.

La valorizzazione economica annua di ogni apparecchiatura e attrezzatura è rappresentata dall'aliquota di ammortamento pari al 20% del costo di acquisto come previsto nel D.lgs. 118/2011, allegato 3, per la voce "apparecchiature sanitarie e scientifiche".

## SERVIZI, COSTI ACCESSORI E COSTI COMUNI

Per la definizione di un costo standard andrebbero considerati:

- **SERVIZI**

- Lavanderia
- Pulizie e servizi alberghieri
- Elettricità
- Riscaldamento
- Smaltimento rifiuti "speciali"

- **COSTI ACCESSORI E COSTI COMUNI**

- Ammortamento fabbricato
- Manutenzione fabbricato
- Manutenzione attrezzature sanitarie e scientifiche
- Supporti informatici e cancelleria
- Canoni di noleggio - area non sanitaria
- Tarsu (tassa per lo smaltimento dei rifiuti solidi urbani)
- Telefonia
- Servizio Idrico
- Personale PTA

La valorizzazione delle voci di costo sopraelencate, non reperibile attualmente attraverso la contabilità analitica, è stata calcolata sul Modello LA 2023 prendendo in considerazione:

- Costi servizi sanitari
- Costi servizi non sanitari
- Personale professionale
- Personale tecnico
- Personale amministrativo
- Ammortamenti
- Sopravvenienze/Insussistenze

In particolare, è stata osservata la percentuale di tali costi, rispetto al totale dei costi, ed applicata al valore dei costi diretti del personale pari al 28,56%.

## **BENI SANITARI E PRESTAZIONI SANITARIE**

Il costo dei beni sanitari, quali (farmaci, ossigeno, DPI, dispositivi, etc.) e delle prestazioni sanitarie è stato calcolato in maniera analoga al costo riferito ai servizi ed ai costi comuni ribaltato sui costi diretti del personale. Nello specifico si osserva che la percentuale di tali costi, da Modello LA 2023, ammonta al 25,96%.

## COSTO TOTALE ATTRIBUIBILE ALLA FUNZIONE DI ATTESA

TABELLA 12: VOCI DI COSTO FUNZIONE DI ATTESA

Costi attribuibili alla funzione di attesa
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personale</li> <li>• Apparecchiature tecnologiche</li> <li>• Servizi, Costi accessori e costi comuni</li> <li>• Beni sanitari (farmaci, ossigeno, DPI, dispositivi, etc.) e prestazioni sanitarie</li> </ul>

Determinate le singole voci di costo, si rappresenta che per il calcolo del costo unitario attribuibile alla funzione di attesa è stato preso in considerazione, per l'Ospedale di zona disagiata, il valore minimo di accesso da DM n. 70/2015 come riportato in tabella sottostante.

TABELLA 13: COSTO UNITARIO FUNZIONE DI ATTESA

Classificazione Struttura ospedaliera	N. accessi per il calcolo del costo unitario	Costo unitario Personale	Costo unitario Apparecchiature tecnologiche	Costo unitario Servizi Costi accessori Costi comuni	Costo unitario Beni sanitari (farmaci, ossigeno, DPI, dispositivi, etc.) Prestazioni sanitarie	Costo unitario attribuibile alla funzione di attesa
DEA I Livello	33.428	73,83 €	0,18 €	21,09 €	19,16 €	<b>114,27 €</b>
Ospedale PS di Base	25.932	71,80 €	0,32 €	20,51 €	18,64 €	<b>111,27 €</b>
Ospedale di Zona Disagiata	6.000	129,00 €	1,38 €	36,86 €	33,48 €	<b>200,72 €</b>