



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

Accordo concernente l'intervento straordinario per l'emergenza economico-finanziaria del servizio sanitario della Regione Molise e per il riassetto della gestione del servizio sanitario regionale ai sensi dell'articolo 1, comma 604, della legge 23 dicembre 2014, n. 190

REP. ATT. N. 155/SM del 3 agosto 2016

**LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO**

VISTO l'Accordo per il Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico della Regione Molise, stipulato, ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e il Presidente della Regione Molise in data 27 marzo 2007, poi recepito con delibera di Giunta Regionale del 30 marzo 2007 n. 362;

DATO ATTO che, al termine del triennio di vigenza del Piano di rientro, non sono stati raggiunti gli obiettivi strutturali ed economico-finanziari ivi previsti;

VISTE le deliberazioni del Consiglio dei Ministri con cui è stato nominato, ai sensi dell'articolo 120 della Costituzione, un *Commissario ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi nel settore sanitario della Regione Molise (deliberazioni del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009, del 9 ottobre 2009, del 18 giugno 2010, del 31 maggio 2011, del 20 gennaio 2012, del 7 giugno 2012, del 21 marzo 2013, del 19 febbraio 2014 e del 18 maggio 2015);

VISTO, altresì, l'articolo 4, commi 1 e 2, del decreto-legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222 e successive modificazioni;

DATO ATTO che, ai sensi dell'articolo 2, commi 88 e 88-bis, della legge 23 dicembre 2009 n. 191, l'originario Piano di rientro della Regione Molise è proseguito secondo programmi operativi, predisposti dal *Commissario ad acta* nominato con le deliberazioni del Consiglio dei Ministri sopra richiamate;

VISTI gli esiti delle riunioni di verifica dei Tavoli tecnici, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, svoltesi nel corso dell'anno 2014, che hanno confermato la grave situazione strutturale ed economico-finanziaria del Servizio sanitario molisano e hanno rilevato, in materia di erogazione dei LEA, il permanere di numerose criticità;

VISTI, in particolare, gli esiti della riunione del 22 luglio 2014, dal cui verbale si trascrive: "*Tavolo e Comitato, a partire da quanto dettagliatamente riportato nei paragrafi precedenti, valutano negativamente il Programma operativo 2013-2015, approvato con decreto n. 21 del 4 giugno 2014, in quanto non idoneo alla risoluzione delle criticità presenti nella gestione del Servizio sanitario della Regione Molise. Ricordano che la Regione Molise, a 7 anni dalla stipula del Piano di rientro,*





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

presenta a IV trimestre 2013 un disavanzo di 51,743 mln di euro, pari all'8,6% del finanziamento annuale assegnato alla regione superiore al 5%, soglia di obbligatorietà per la sottoscrizione di un piano di rientro.

Dopo il conferimento delle coperture a valere sulle aliquote fiscali, residua un disavanzo non coperto di 27,617 mln di euro.

Tavolo e Comitato, in proposito, richiamano quanto emerso da ultimo nella riunione del 10 aprile 2014 con riferimento ai disavanzi cumulati al 31.12.2013 pari a 210,423 mln di euro (pari al 35% del finanziamento annuale attribuito dal riparto alla Regione Molise) a cui deve essere aggiunta la necessità di ripristino della cassa da parte del bilancio regionale che, al 31.12.2011, era pari a 151,328 mln di euro, per complessivi 361,751 mln di euro. Si evidenzia che tale squilibrio, in termini di cassa e di competenza, se paragonato a regioni delle dimensioni della regione Lombardia e della regione Lazio, si attesterebbe, in termini assoluti, rispettivamente in circa 11 miliardi di euro e in circa 6 miliardi di euro.

Alla luce di quanto sopra riportato, per la regione Molise, unica regione italiana, si sono realizzate, con riferimento al risultato di gestione dell'anno 2013 e precedenti, le condizioni per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente, vale a dire l'ulteriore incremento delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF per l'anno d'imposta in corso, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30 punti, il blocco automatico del turn over del personale del SSR e il divieto di effettuare spese non obbligatorie fino al 31/12/2016.

Tavolo e Comitato ricordano che la regione è sottoposta al Piano di rientro dall'anno 2007 e che, contrariamente a quanto accaduto nelle altre regioni in Piano di rientro, il disavanzo sanitario regionale non ha visto una contrazione bensì un peggioramento, quale esito di un estremo ritardo nell'attuazione delle azioni di risanamento contenute nel Piano di rientro così come evidenziato dai Tavoli tecnici nel corso delle riunioni di verifica svoltesi in questi anni sullo stato di attuazione del Piano di rientro, aggravate da una gestione corrente non rispettosa del mandato commissariale.

Tavolo e Comitato ritengono non più procrastinabile l'individuazione di interventi di risoluzione dei disavanzi pregressi, accompagnati da un percorso strutturale di riequilibrio delle gestioni correnti attraverso l'adozione di un Programma operativo idoneo a riprogettare strutturalmente l'entità e la qualità della spesa sanitaria regionale, in coerenza con le reali esigenze espresse dalla popolazione nelle sue componenti di struttura e di dimensione.”;

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014, recante il Nuovo Patto per la salute 2014-2016;

VISTA la legge 23 dicembre 2014, n. 190, in particolare l'articolo 1, commi 604 e 605, che dispongono quanto segue:

- *604. In relazione alla grave situazione economico-finanziaria e sanitaria determinatasi nella regione Molise, al fine di ricondurre la gestione nell'ambito dell'ordinata programmazione sanitaria e finanziaria anche al fine di ricondurre i tempi di pagamento al rispetto della normativa dell'Unione europea, è autorizzata per l'anno 2015 la spesa fino ad un massimo di 40 milioni di euro in favore della regione stessa, subordinatamente alla sottoscrizione dello specifico Accordo tra lo Stato e le regioni concernente l'intervento straordinario per*



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

l'emergenza economico-finanziaria del servizio sanitario della regione Molise e per il riassetto della gestione del servizio sanitario regionale;

- *605. L'erogazione della somma di cui al comma 604 è condizionata all'effettiva attuazione dell'Accordo di cui al citato comma 604, la cui verifica è demandata in sede congiunta al Comitato permanente per l'erogazione dei LEA e al Tavolo di verifica degli adempimenti, di cui agli articoli 9 e 12 dell'intesa del 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005;*

VISTO il decreto ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015 "Regolamento: recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

VISTA, in particolare, la richiamata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 18 maggio 2015, in cui, tra i punti del mandato commissariale, è previsto il seguente intervento prioritario: declinazione e attuazione di quanto verrà previsto in sede di Accordo Stato - Regioni su un "*Piano straordinario di risanamento del Servizio sanitario della Regione Molise*" e in coerenza con il Patto per la salute 2014-2016 e con quanto previsto dal Regolamento sugli standard ospedalieri, sancito con Intesa in Conferenza Stato-Regioni il 5 agosto 2014;

VISTI gli esiti della riunione tecnica del 14 luglio 2015 con cui il Tavolo di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 – verificato il mancato rispetto da parte della Regione Molise degli adempimenti, nei modi e nei tempi richiesti dalla delibera del Consiglio dei Ministri del 18 maggio 2015, necessari e idonei all'acquisizione della anticipazione di liquidità, nella misura complessiva di 257.338.926,00 euro, per quanto stabilito dalla citata delibera del Consiglio dei Ministri del 18 maggio 2015 – ha dichiarato che il Presidente *pro tempore* della Giunta della Regione Molise è investito dei poteri di *Commissario ad acta* per l'adozione degli atti necessari ai fini dell'accesso alle anticipazioni di liquidità per il pagamento dei debiti degli enti del Servizio sanitario nazionale (ai sensi delle prescrizioni di cui ai decreti legge 8 aprile 2013, n. 35, n. 31 agosto 2013, n. 102 e 24 aprile 2014, n. 66), anche mediante l'aumento delle aliquote fiscali regionali, senza necessità di ulteriori provvedimenti del Governo;

DATO ATTO che in data 5 agosto 2015 la struttura commissariale per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Molise ha presentato ai Ministeri affiancanti un primo schema di Programma Operativo Straordinario 2015-2018, successivamente integrato e/o modificato (in data 20 ottobre 2015; 20 novembre 2015; 18 dicembre 2015; 21 marzo 2016; 3 maggio 2016), a seguito delle osservazioni rese dagli stessi Ministeri affiancanti e dai Tavoli tecnici;

VISTI gli esiti della riunione tecnica del 15 dicembre 2015 finalizzata alla verifica tra le Amministrazioni centrali, la Struttura commissariale della Regione Molise e le Regioni, delle condizioni propedeutiche all'approvazione dell'Accordo Stato-Regioni, di cui alla legge di stabilità



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

per l'anno 2015, al termine della quale le Amministrazioni centrali, tra l'altro, restavano in attesa della formalizzazione della volontà, da parte della Conferenza delle regioni e delle province autonome, di destinare, in sede di programmazione delle risorse destinate al fabbisogno sanitario standard, una quota di solidarietà per il concorso al riequilibrio economico-strutturale del Servizio sanitario regionale molisano, decrescente per il periodo di vigenza del Programma operativo straordinario 2015-2018;

VISTO il verbale della seduta della Conferenza Stato-Regioni del 23 dicembre 2015 in cui si è preso atto della nota del 17 dicembre 2015 del Presidente della Conferenza delle regioni e delle province autonome concernente il riconoscimento alla Regione Molise del contributo di solidarietà interregionale per il Piano di risanamento del Servizio Sanitario Regionale – Piano Operativo Straordinario 2015-2018 – pari a 30 milioni di euro per l'anno 2015, 25 milioni di euro per l'anno 2016 e 18 milioni di euro per l'anno 2017, precisando che tali risorse dovranno essere accantonate a valere sui riparti delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per ciascun anno di riferimento;

VISTA la legge 28 dicembre 2015, n. 208;

VISTI gli esiti della riunione del 16 febbraio 2016 del Tavolo di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, riunitosi per la verifica degli atti presupposti all'accesso all'anticipazione di liquidità;

DATO ATTO che tra Regione Molise e Ministero dell'economia e delle finanze è stato sottoscritto l'11 maggio 2016 il contratto di mutuo di 175.200.000 euro, quale quota parte dell'importo indicato dalla predetta delibera del Consiglio dei Ministri del 18 maggio 2016;

VISTI gli esiti della riunione dei Tavoli tecnici tenutasi in data 21 aprile 2016, nella quale è emerso che il Servizio sanitario della regione Molise continua a produrre rilevanti *deficit* di gestione, permanendo criticità, in particolare, nell'ambito dell'assistenza sanitaria e nella *governance* del rapporto con gli erogatori privati;

VISTI gli esiti della riunione dei Tavoli tecnici tenutasi in data 21 giugno 2016, nella quale gli stessi hanno ritenuto che sussistessero le condizioni per l'adozione, da parte della Struttura commissariale, del Programma Operativo Straordinario 2015-2018, già valutato positivamente dal Ministero della salute in occasione della riunione del 15 dicembre 2015, ferme restando le ulteriori prescrizioni formulate;

DATO ATTO che, nella richiamata riunione del 21 giugno 2016, i Tavoli tecnici facevano presente che, all'esito delle predette prescrizioni, avrebbe potuto essere necessario aggiornare quanto scontato in termini di manovre nel Programma Operativo Straordinario 2015-2018. Nella stessa riunione i Tavoli tecnici hanno delegato i Ministeri affiancanti alla verifica delle prescrizioni rese e alla trasmissione del Programma Operativo Straordinario 2015-2018 alla Conferenza Stato Regioni, ai fini della relativa istruttoria, per il successivo Accordo Stato-Regioni, in considerazione



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

di quanto previsto dall'articolo 1, comma 604, della legge n. 190/2014;

DATO ATTO che in data 28 giugno 2016 la Struttura commissariale ha presentato ai Ministeri affiancanti il riscontro alle osservazioni rese nella riunione del 21 giugno 2016;

VISTO il parere 64-P dell'11 luglio 2016 reso dai Ministeri affiancanti sulla documentazione trasmessa dal Commissario ad acta il 28 giugno 2016, nel quale si fa presente che non può ritenersi compiuto il recepimento delle prescrizioni rese nella riunione del 21 giugno 2016;

VISTA la successiva riunione del 19 luglio 2016 in cui è stata esaminata l'ultima versione del Programma Operativo Straordinario 2015-2018 e i Tavoli tecnici hanno formulato ulteriori prescrizioni come si riporta testualmente dal relativo verbale:

"con riferimento al Programma operativo straordinario 2015-2018, già valutato positivamente dal Ministero della salute in occasione della riunione apposita tenutasi il 15 dicembre 2015 con riferimento agli aspetti sanitari e di programmazione delle reti assistenziali, Tavolo e Comitato fanno presente che lo stesso potrà essere trasmesso alla Conferenza Stato Regioni, ai fini della relativa istruttoria, per il successivo Accordo Stato-Regioni, in considerazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 604, della legge n. 190/2014 con l'impegno da parte del Commissario a recepire le seguenti prescrizioni, alla luce delle ulteriori osservazioni rinvenienti dalla riunione odierna:

- *integrazione del Programma operativo straordinario con quanto richiesto nel parere 64-P in relazione alla gestione del personale entro il 30 luglio 2016;*
- *conclusione delle procedure per l'individuazione delle coperture necessarie all'accesso al prestito per l'importo residuo, fino a concorrenza di quanto riportato nella delibera del Consiglio dei Ministri del 18 maggio 2015 entro il 15 settembre 2016;*
- *individuazione delle eventuali coperture ancora necessarie al fine di chiudere definitivamente il pregresso e al fine di evitare ripercussioni sulle manovre individuate per il periodo di vigenza del Programma operativo straordinario 2015-2018 entro il 15 settembre 2016;*
- *trasmissione delle note attestanti la definitiva chiusura del contenzioso da parte della Fondazione Giovanni Paolo II e Università Cattolica entro il 15 settembre 2016 e necessità di iscrizione della corrispondente sopravvenienza passiva sui conti del 2016 con riferimento ai maggiori importi riconosciuti a Neuromed;*
- *definizione del piano di fattibilità con la Fondazione Giovanni Paolo II entro 60 giorni dalla sottoscrizione del Programma operativo straordinario 2015-2018, come indicato nel verbale del 21 giugno 2016";*



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

DATO ATTO che il mancato recepimento delle prescrizioni rese nella riunione del 19 luglio 2016 costituisce condizione di decadenza del presente Accordo;

DATO ATTO che, in assenza della chiusura definitiva delle partite pregresse al 31/12/2014, il Commissario ad acta provvede ad adeguare le manovre oggi scontate nell'allegato Programma Operativo Straordinario 2015-2018, pena la decadenza del presente Accordo;

VISTI gli esiti della riunione del 21 luglio 2016 del Tavolo tecnico di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, riunitosi per la verifica degli atti presupposti all'accesso ad un'ulteriore quota dell'anticipazione di liquidità di cui alla delibera del Consiglio dei Ministri del 18 maggio 2015;

VISTA la nota in data 2 agosto 2016, con la quale il Ministero della Salute, acquisito il concerto del Ministero dell'economia e delle finanze, ha inviato lo schema di Accordo di cui all'oggetto, completo del documento "Programma Operativo Straordinario 2015-2018 della Regione Molise" a farne parte integrante, ai fini del perfezionamento in sede di Conferenza Stato-Regioni;

VISTA la nota in pari data con cui lo schema di Accordo di cui all'oggetto è stato portato a conoscenza delle Regioni e Province autonome dall'Ufficio di segreteria di questa Conferenza ;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo e dei Presidenti delle regioni e delle province autonome;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome nei termini sotto indicati:

1. ai sensi di quanto disposto dall'articolo 1, comma 604, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, è approvato il Programma Operativo Straordinario 2015-2018 della Regione Molise, parte integrante del presente Accordo (All.1);
2. il Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dal deficit sanitario della Regione Molise si impegna a recepire il presente Accordo con proprio decreto, contenente la contestuale assunzione di impegno a recepire le prescrizioni contenute nel verbale della riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, tenutasi il 19 luglio 2016;
3. il mancato recepimento delle prescrizioni rese nella riunione del 19 luglio 2016 costituisce condizione di decadenza del presente Accordo;
4. in assenza della chiusura definitiva delle partite pregresse al 31/12/2014, il *Commissario ad acta* provvede ad adeguare le manovre oggi scontate nell'allegato Programma Operativo



Presidenza del Consiglio dei Ministri

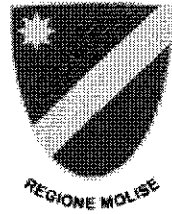
CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

- Straordinario 2015-2018, pena la decadenza del presente Accordo;
5. si prende atto del contributo di solidarietà interregionale, di cui al verbale della Conferenza Stato-Regioni del 23 dicembre 2015, pari a 30 milioni di euro per l'anno 2015, 25 milioni di euro per l'anno 2016 e 18 milioni di euro per l'anno 2017, a valere sui riparti delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per ciascun anno di riferimento, che verrà erogato, per l'anno 2015, dopo la sottoscrizione del presente Accordo, nonché per gli anni 2016 e 2017 subordinatamente alle relative verifiche annuali positive dell'attuazione del Programma Operativo Straordinario;
 6. ai sensi di quanto disposto dall'articolo 1, comma 605, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, l'erogazione del contributo statale pari a 40 milioni di euro - condizionato all'effettiva attuazione del Programma Operativo Straordinario 2015-2018 della Regione Molise, da verificarsi congiuntamente da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti regionale e del Comitato permanente per l'erogazione dei LEA, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 - è effettuata nelle percentuali dell'importo ed alle scadenze di seguito specificate:
 - 50% subordinatamente alla verifica annuale positiva dell'attuazione del Programma Operativo Straordinario per l'anno 2016;
 - 30% subordinatamente alla verifica annuale positiva dell'attuazione del Programma Operativo Straordinario per l'anno 2017;
 - 20% subordinatamente alla verifica annuale positiva dell'attuazione del Programma Operativo Straordinario per l'anno 2018;

IL SEGRETARIO
Antonio Naddeo



IL PRESIDENTE
On. Avv. Enrico Costa



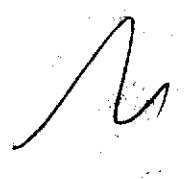
Regione Molise

Programma Operativo Straordinario 2015 – 2018

A handwritten signature or stamp, possibly a stylized letter 'A', located in the bottom right corner of the page.

Indice

Executive Summary	0
Tendenziali e programmatici 2016-2018	1
Tendenziali 2016-2018	1
RICAVI 3	
COSTI 4	
Programmatico	6
Valorizzazioni manovre e sintesi impatto per gli esercizi 2016 – 2018	10
RICAVI 11	
COSTI 11	
1 Adempimenti LEA e Situazione debitoria pregressa	14
1.1 Miglioramento e garanzia dei LEA	14
1.2 Situazione debitoria pregressa	15
1.2.1 Situazione debitoria pregressa	15
1.2.2 Coperture debito pregresso	17
1.2.3 Situazione debitoria verso le Strutture private accreditate	18
1.2.4 Rideterminazione della situazione debitoria pregressa	21
2 Attuazione del D.lgs. n. 118/2011	23
2.1 Attuazione delle disposizioni del D.lgs. n. 118/2011	23
2.1.1 Implementazione delle disposizioni del D.lgs. n. 118/2011	23
3 Certificabilità dei bilanci del SSR	24
3.1 Rispetto di quanto previsto dal PAC	24
3.1.1 Attuazione PAC	24
4 Flussi informativi	25
4.1 Miglioramento flussi informativi	25
5 Accredimento	27
5.1 Accredimento istituzionale dei soggetti erogatori privati	27
5.1.1 Revisione/conferma degli accreditamenti per l'erogazione delle attività sanitarie e socio sanitarie	27
6 Contabilità analitica	31
6.1 Contabilità analitica	31
6.1.1 Implementazione Contabilità analitica	31
7 Rapporti con gli erogatori privati	33



7.1	Stipula intese e contratti con erogatori privati accreditati	33
7.1.1	Allineamento budget di spesa in base alla normativa vigente e conseguente sottoscrizione dei contratti.	33
8	Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi	35
8.1	Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi	35
8.1.1	Attuazione Spending Review (D.L 95/2012, Legge 190/2014 e DL 78/2015)	35
9	Gestione del personale	44
9.1	Contenimento della spesa per il personale	44
9.1.1	Blocco del turni over, politiche del personale e contenimento della spesa 2016-2018	44
9.1.2	Riordino Unità Operative ASReM	48
10	Sanità pubblica e veterinaria	50
10.1	Piano regionale della prevenzione	50
10.1.1	Potenziamento della collaborazione con IZS	50
10.1.2	Incremento copertura vaccinale	50
10.1.3	Screening oncologici	50
11	Riequilibrio Ospedale-Territorio	53
11.1	Riassetto della rete Ospedaliera regionale	53
11.1.1	Razionalizzazione della rete ospedaliera regionale e dotazione futura di posti letto	60
11.1.2	Piano Sangue	70
11.1.3	Riduzione dell'incidenza dei parti cesarei	70
11.2	Rete dell'Emergenza e delle Reti Tempo – Dipendenti	71
11.2.1	Rete di Emergenza	71
11.2.2	Rete dell'Emergenza Ospedaliera	72
11.2.3	Rete per il Trauma	75
11.2.4	Rete per l'Ictus	76
11.2.5	Rete per le Emergenze Cardiologiche	79
11.2.6	Rete delle Terapie intensive	80
11.2.7	Rete perinatale e organizzazione della rete STAM e STEN	81
11.2.8	Interventi Regionali di Sistema	82
11.3	Riorganizzazione della Rete Territoriale	86
11.3.1	Riordino dell'assistenza distrettuale mediante la razionalizzazione dei distretti	86
11.3.2	Attivazione degli ospedali territoriali di comunità a seguito della riconversione dei presidi ospedalieri di Larino e Venafrò	87
11.3.3	Potenziamento delle cure Primarie e attivazione delle Case della Salute	89
11.3.4	Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di cure primarie (UCCP)	91
11.3.5	Attivazione e gestione dei PDTA	91
11.3.6	L'Assistenza domiciliare integrata	92
11.3.7	L'assistenza residenziale e semiresidenziale per le non autosufficienze e le disabilità	94
11.3.8	La rete dei laboratori	99
11.3.9	Compartecipazione del cittadino alla spesa	102
11.4	Rete socio-sanitaria	103
11.4.1	Hospice, terapia del dolore, rete delle cure palliative	103
11.4.2	Dipartimento di Salute mentale	103

11.4.3	Dipendenze patologiche	105
11.5	Piano degli investimenti	107
11.5.1	Riordino della rete infrastrutturale sanitaria	110
11.6	Valorizzazione del riordino delle reti assistenziali	111
11.6.1	Executive Summary	111
11.6.2	Rete ospedaliera	112
11.6.3	Rete territoriale	114
12	Sanità penitenziaria	117
12.1	Potenziamento Sanità Penitenziaria	117
13	Assistenza farmaceutica	119
13.1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata/territoriale	119
13.1.1	Monitoraggio dell'attività prescrittiva, attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria, e interventi per obiettivi di appropriatezza clinica. Incentivi per la prescrizione dei farmaci equivalenti	119
13.1.2	Acquisizione diretta ossigeno medicinale. Attività di monitoraggio.	119
13.1.3	Attribuzione di un budget annuale ai Medici di medicina generale. Attività di monitoraggio attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria	120
13.1.4	Potenziamento della distribuzione in DPC dei farmaci del PHT mediante riduzione della percentuale massima di distribuzione sul canale convenzionale degli stessi	120
13.2	Razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera	121
13.2.1	Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale. Rafforzamento utilizzo farmaci biosimilari.	121
13.2.2	Revisione periodica del PTOR e del processo decisionale di aggiornamento	122
13.2.3	Messa a valore delle prossime scadenze brevettuali di alcune molecole inerenti la spesa farmaceutica ospedaliera	122
13.3	Business intelligence e governo dell'appropriatezza clinica nella farmaceutica territoriale e ospedaliera	123
13.3.1	Monitoraggio e valutazione dei percorsi terapeutici e diagnostici applicati nella pratica clinica mediante lo strumento "business intelligence HEALTH-DB"	123
13.4	Valorizzazione della razionalizzazione dell'assistenza farmaceutica	125
13.4.1	Azione 13.1.3: Attribuzione di un budget annuale ai Medici di medicina generale. Attività di monitoraggio attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria	125
13.4.2	Potenziamento della distribuzione in DPC dei farmaci del PHT mediante riduzione della percentuale massima di distribuzione sul canale convenzionale degli stessi	126
13.4.3	Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale. Rafforzamento utilizzo farmaci biosimilari.	126
13.4.4	Messa a valore delle prossime scadenze brevettuali di alcune molecole inerenti la spesa farmaceutica ospedaliera	127
14	Sicurezza e rischio clinico	129
14.1	Azioni di governo clinico e riduzione del rischio clinico	129
14.1.1	Piano regionale di Risk Management	129
14.1.2	Formazione aziendale per la sicurezza dei pazienti	130
15	Rapporto con le Università	132

15.1	Rideterminazione dei rapporti con le Università	132
15.1.1	Ricognizione e revisione della regolamentazione dei rapporti con le università	132

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive letter 'A' with a long horizontal stroke extending to the left and a small loop at the top right.

Executive Summary

Il presente "Programma Operativo Straordinario 2015-2018" espone la nuova programmazione del Servizio Sanitario Regionale al fine di raggiungere, entro il 2018, il riequilibrio economico della gestione garantendo e migliorando al contempo l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Il documento è propedeutico alla sottoscrizione dello specifico Accordo di cui all'art.1 comma 604 della Legge 190/2014.

Regione Molise, nella volontà di raggiungere l'equilibrio di bilancio e assicurare l'erogazione dei LEA così come previsto dagli standard nazionali, ha previsto 2 categorie di intervento: la prima in applicazione della normativa nazionale vigente in materia di riduzione della spesa e disposizioni per le regioni in piano di rientro, la seconda di riordino strutturale del SSR. Sulla base di queste categorie sono state programmate e successivamente valorizzate tutte le azioni, previste nel presente documento, che impattano sulle voci del Conto Economico.

Relativamente alle azioni previste in ottemperanza alle normative vigenti e definite come "Interventi normativi" sono state applicate le indicazioni inerenti a:

- Adempimenti LEA;
- Contabilità aziendale e regionale;
- Blocco del Turn Over del personale ASReM;
- Riordino delle UO ASReM;
- Riduzione della spesa per Beni e Servizi;
- Riduzione dei tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni da privato.

Le manovre strutturali di riorganizzazione del sistema, di seguito definite come "Interventi strutturali", riguardano principalmente:

- Equilibrio Ospedale-Territorio;
- Assistenza farmaceutica;
- Sanità penitenziaria e veterinaria.

Nel complesso sono previste manovre nel corso del periodo di vigenza del presente Programma Straordinario pari a 28 €/mln. Tale valorizzazione, valutata seguendo i principi di prudenza, porterà il SSR molisano a raggiungere l'equilibrio di bilancio entro l'esercizio 2018.



Tendenziali e programmatici 2016-2018

Il quadro macro-economico attuale di riferimento in cui la Regione Molise, come tutte le amministrazioni pubbliche nazionali, deve intervenire per il contenimento della spesa e per il miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini è determinato dalle seguenti misure di governo e contenimento della spesa sanitaria in ambito nazionale:

- Decreto Legge 95/2012 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", convertito con Legge 7/8/2012 n. 135;
- Legge stabilità 2015, L. 190/2014;
- Legge stabilità 2016, L. 208/2015;
- Decreto Legge 78/2015 "Disposizioni urgenti in materia di Enti Locali";
- Altre fonti normative di riferimento specifiche del settore.
- Nota CSR 17.12.2015, Contributo di Solidarietà interregionale per il piano di risanamento del Servizio Sanitario della Regione Molise

Tendenziali 2016-2018

Il CE Tendenziale 2016-2018 è stato costruito sulla base dei dati e delle informazioni che seguono:

- Conti economici NSIS degli anni 2010 - 2014;
- Conto economico NSIS IV Trimestre 2015;
- Risultato economico al Consuntivo 2014, in cui si evidenzia un disavanzo di gestione pari a circa -60 €/mln;
- Risultato economico del CE IV Trimestre 2015, in cui si evidenzia un disavanzo di gestione pari a circa -43,5 €/mln;
- Documentazione prodotta dall'Azienda Sanitaria Regionale (ASReM), finalizzata all'approfondimento dei dati economici contabilizzati nel CE Consuntivo 2014 e nel CE IV Trimestre 2015;
- Stima del fenomeno inflattivo, pari ad una media del 3% sui prodotti farmaceutici e dell'1% sui servizi.

Dal momento che il Conto Economico Tendenziale nasce come sovrapposizione di diversi effetti, nel presente paragrafo verrà indicata, per ciascuna annualità, la stima del CE Tendenziale costruito a partire dalle ipotesi sui trend storici delle voci di ricavo e costo cui sono stati applicati correttivi (laddove valorizzabili) legati agli effetti economici delle misure nazionali che trovano diretta applicazione (senza decreti attuativi regionali).

Il valore del CE Tendenziale include, quindi, l'andamento storico e i correttivi della normativa nazionale e rappresenta la base cui applicare gli effetti delle manovre regionali ai fini della determinazione del risultato economico programmatico.

Si riporta di seguito il CE Tendenziale 2016-2018 come consolidamento dei CE della GSA e dell'ASReM.



1

140 MOUSE - Aggregato		CONTO ECONOMICO										
		Consuntivo 2014		IV Trimestre 2015			Tendenziale 2016			Tendenziale 2017		Tendenziale 2018
		A		B			C			D		E
		€/000										
A1	Contributi F.S.R.	569.189	564.804	569.010	569.010	569.010	569.010	569.010	569.010	569.010	569.010	
A2	Saldo Mobilità	28.244	24.573	24.673	24.673	24.673	24.673	24.673	24.673	24.673	24.673	
A3	Entrate Proprie	10.873	13.653	11.339	11.339	11.339	11.339	11.339	11.339	11.339	11.339	
A4	Saldo Intraomia	1.798	1.558	1.558	1.558	1.558	1.558	1.558	1.558	1.558	1.558	
A5	Rettifica Contributi clesercizio per destinazione ad investimenti	-	1.716	1.986	1.411	1.411	1.411	1.411	1.177	1.177	1.177	
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	-	5.191	4.422	4.422	4.422	4.422	4.422	1.908	1.908	1.908	
A	Totale Ricavi Netti	601.197	598.080	603.261	603.261	603.261	603.261	603.261	603.495	603.495	603.495	
B1	Personale	199.042	194.723	194.723	194.723	194.723	194.723	194.723	194.723	194.723	194.723	
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	44.289	54.085	55.706	55.706	55.706	55.706	55.706	57.379	57.379	59.100	
B3	Altri Beni e Servizi	116.304	108.514	109.599	109.599	109.599	109.599	109.599	110.695	110.695	111.802	
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	4.870	4.870	4.870	4.870	4.870	4.870	4.870	4.870	4.870	4.870	
B5	Accantonamenti	8.432	4.837	4.837	4.837	4.837	4.837	4.837	4.837	4.837	4.837	
B6	Variazione Rimanenze	213	1.766	-	-	-	-	-	-	-	-	
B	Totale Costi Interni	373.150	365.263	369.737	369.737	369.737	369.737	369.737	372.504	372.504	375.332	
C1	Medicina Di Base	48.373	47.354	46.974	46.974	46.974	46.974	46.974	46.599	46.599	46.231	
C2	Farmaceutica Convenzionata	47.981	47.190	46.010	46.010	46.010	46.010	46.010	44.860	44.860	43.738	
C3	Prestazioni da Privato	173.564	165.693	165.264	165.264	165.264	165.264	165.264	165.631	165.631	166.001	
C	Totale Costi Esterni	269.918	260.237	258.248	258.248	258.248	258.248	258.248	257.090	257.090	255.970	
D	Totale Costi Operativi (B+C)	643.068	625.500	627.985	627.985	627.985	627.985	627.985	629.594	629.594	631.303	
E	Margine Operativo (A-D)	-	41.871	27.420	27.420	27.420	27.420	27.420	26.099	26.099	27.808	
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni Svalutazioni Finanziarie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
F2	Saldo Gestione Finanziaria	3.431	3.170	3.170	3.170	3.170	3.170	3.170	3.170	3.170	3.170	
F3	Oneri Fiscali	15.484	14.316	14.316	14.316	14.316	14.316	14.316	14.316	14.316	14.316	
F4	Saldo Gestione Straordinaria	759	1.402	1.255	1.255	1.255	1.255	1.255	1.123	1.123	1.005	
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	18.156	16.084	16.231	16.231	16.231	16.231	16.231	16.363	16.363	16.481	
G	Risultato Economico (E-F)	60.027	43.504	40.354	40.354	40.354	40.354	40.354	42.461	42.461	44.289	
H	Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	20.350	18.192	18.192	18.192	18.192	18.192	18.192	18.192	18.192	18.192	
I	Risultato Economico con risorse aggiuntive LEA (G+H)	39.877	25.312	22.762	22.762	22.762	22.762	22.762	24.269	24.269	26.097	
J	Contributo di solidarietà	-	30.000	-	-	-	-	-	-	-	-	
K	Risultato Economico (con Contributo di Solidarietà) (I+J)	-	30.000	-	-	-	-	-	-	-	-	

Fonte: (C) NSIS Consolidato 2010-2014 - IV Trimestre 2015)

Tabella 1: Cc. Tendenziari 2015 - 2018, aggregazioni Anni di Scostamenti

PREST

RICAVI

Contributi in c/esercizio indistinti

La stima dei contributi FSR indistinti relativi agli anni 2016-2018 è stata calcolata considerando la sovrapposizione degli effetti dei Decreti Legge numero 78/2010, 98/2011, 95/2012 e Legge di Stabilità 2013, 2014, 2015, 2016.

La costruzione del FSR per l'anno 2016 è stata determinata tenendo conto della Legge di Stabilità 2016 e dell'accordo sulla proposta di Riparto elaborata dalla Conferenza delle Regioni del 4 Febbraio 2016. Tali valori sono stati considerati costanti anche per la costruzione delle annualità 2017-2018.

FSR indistinto 2015 - 2018		2015	2016	2017	2018
	FSR indistinto	547.862.141	552.578.012	552.578.012	552.578.012
	Stima quote premiali	7.293.735	6.984.280	6.984.280	6.984.280
A	FSR indistinto + stima quote premiali	555.155.876	559.562.292	559.562.292	559.562.292
	Medicina Penitenziaria	857.898	857.898	857.898	857.898
	Penitenziaria	45.000	45.000	45.000	45.000
	Extraconfrontari irregolari (L. 40/98)	28.206	28.206	28.206	28.206
	Fondo esclusività (L. 488/99)	179.604	179.604	179.604	179.604
	Borse studio MMG (L.109/88)	899.355	899.355	899.355	899.355
	Stima OPG 2015 (FSN - Somme di parte corrente per superamento degli OPG (art.3-ter del decreto legge 211/11 convertito nella Legge 9/2012)	376.994	376.994	376.994	376.994
	Riparto obiettivi piano	5.143.684	5.143.684	5.143.684	5.143.684
	Riparto (400 €/mln) Farmaci Innovativi	1.916.705	1.916.705	1.916.705	1.916.705
B	Totale - FSR vincolati	9.447.446	9.447.446	9.447.446	9.447.446
C=A+B	Contributi FSR	564.603.322	569.009.738	569.009.738	569.009.738
D	Saldo Mobilità extraregionale	25.152.089	25.152.089	25.152.089	25.152.089
E	Saldo Mobilità extraregionale per Farmaci Innovativi	478.118	478.118	478.118	478.118
F	Entrate Proprie	12.952.736	12.952.736	12.952.736	12.952.736

Tabella 2: Stima FSR 2015 - 2018

Contributi in c/esercizio a destinazione vincolata

Per le annualità 2016-2018 gli obiettivi di Piano e gli altri finalizzati sono stati posti pari a quanto stabilito dall'Intesa Stato Regioni n.237/CSR del 23.12.2015 nella quale si stabilisce il riparto del Fondo Sanitario Regionale per l'anno 2015 (compresa stima Farmaci Innovativi come da nota AIFA n. 2298 del 25.01.2016). Gli Obiettivi di Piano rappresentati per l'annualità 2016 sono pertanto pari a **5,1 €/mln**, il valore degli altri finalizzati è pari a **2,4 €/mln** e la quota relativa ai Farmaci Innovativi è pari a **1,9 €/mln**.

Saldo mobilità extraregionale in compensazione

Relativamente al **"Saldo di Mobilità"** i valori tendenziali sono stati considerati tenendo conto di quanto stabilito dall'Intesa Stato Regioni n.237/CSR del 23.12.2015 nella quale si stabilisce il riparto del Fondo Sanitario Regionale per l'anno 2015 (compresa la quota di mobilità extraregionali relativa ai farmaci innovativi come da nota AIFA n. 2298 del 25.01.2016). Il valore considerato nelle singole annualità è pari a complessivi **24,7 €/mln**.

Entrate proprie

Negli scenari tendenziali 2016-2018 il valore delle **"Entrate proprie"** è stato prudenzialmente mantenuto uguale al valore rilevato nel CE IV Trimestre 2015. Il pay back per il superamento del tetto della farmaceutica ospedaliera è stato stimato in riduzione rispetto a quanto contabilizzato nel CE IV trimestre 2015.

Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti

Nel Tendenziale 2016 il valore è pari a **1,4 €/mln** e tiene conto del 20% del valore degli investimenti per l'anno 2015 e del 100% del valore degli investimenti per l'anno 2016 quantificabili in circa **1,2 €/mln**. Nei Tendenziali



2017 – 2018 il valore è pari a 1,2 €/mln e prende in considerazione il valore complessivo degli investimenti previsti per l'anno 2016.

Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati

L'importo del saldo nei Tenzionali 2016-2018 è posto pari a **-1,9 €/mln**; si è mantenuta in proporzione la stessa capacità di esecuzione e rendicontazione dei progetti finalizzati e quindi dell'utilizzo dei Fondi da parte dell'ASReM. Nello specifico, l'utilizzo rappresentato nei Tenzionali è pari a **3,8 €/mln** e l'accantonamento è pari a **5,7 €/mln**.

COSTI

Costi interni

Costo del Personale

Relativamente al costo del "Personale", per gli anni 2016-2018 il valore nei tendenziali è stato stimato prudenzialmente pari al costo rilevato nel CE IV Trimestre 2015 (**194,7 €/mln** complessivi).

Prodotti farmaceutici

Per la voce "Prodotti Farmaceutici ed emoderivati" il valore tendenziale 2016-2018 è stato stimato applicando al costo rilevato nel CE IV Trimestre 2015 una crescita annua pari al 3%.

Beni e Servizi

Per la voce "Altri Beni e Servizi" il valore tendenziale è stato stimato applicando al costo rilevato nel CE IV Trimestre 2015 una crescita annua pari all'1%.

Ammortamenti e sterilizzazioni

Il valore della voce "ammortamenti e costi capitalizzati" è stato stimato costante per gli anni 2016-2018 e pari al valore registrato nel CE IV Trimestre 2015, ovvero 4,9 €/mln.

Accantonamenti

Con riferimento agli accantonamenti si è stimato, prudenzialmente, di inserire i valori del CE IV Trimestre 2015. I Tenzionali 2016-2018 riportano un valore costante degli accantonamenti e pari a circa 4,8 €/mln.

Variazione delle rimanenze

L'importo inserito nel CE tendenziale per il periodo 2016-2018 è posto pari a 0 €/mln, nell'ipotesi che il costo dei beni sanitari e non sconta già l'effetto della variazione delle rimanenze.

Costi esterni

Medicina di base

L'importo tendenziale è posto pari al valore iscritto nel CE IV Trimestre 2015 applicando una riduzione costante nel triennio 2016-2018 pari all'1% (decremento medio annuo 2010 - 2014).

Farmaceutica convenzionata

Nella stima della voce "Farmaceutica convenzionata" si è tenuto conto del costo rilevato nel CE IV Trimestre 2015 applicando un decremento annuo pari al 2,5% (trend storico).



Prestazioni sanitarie da privato

Ospedaliera

Il valore relativo all'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera esposto nel CE Tendenziale 2016-2018 è comprensivo degli effetti derivanti dall'applicazione dei tetti di spesa per l'anno 2015 (DCA n.79/2015) costruiti sulla base delle normative nazionali vigenti e tenendo conto anche della forte attrattività delle strutture (mobilità attiva).

Il valore dei tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera da privato relativo all'anno 2015 è stato mantenuto costante nei Tenzionali 2016 – 2018.

Specialistica ambulatoriale

Il valore relativo all'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale esposto nel CE Tendenziale 2016-2018 è comprensivo degli effetti derivanti dall'applicazione dei tetti di spesa per l'anno 2015 (DCA n.79/2015) costruiti sulla base delle normative nazionali vigenti e tenendo conto anche della forte attrattività delle strutture (mobilità attiva).

Il valore dei medici Sumai è stato stimato costante nei tendenziali 2016-2018 e pari al valore registrato nel CE IV Trimestre 2015.

Il valore dei tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale da privato relativi all'anno 2015 è stato mantenuto costante nei Tenzionali 2016 – 2018.

Altre Prestazioni da privato

Il valore delle "Altre prestazioni da Privato", ad eccezione della Riabilitazione Ospedaliera (valore pari ai tetti di spesa individuati per l'annualità 2015 con DCA n.83/2015), inserito nei tendenziali 2016-2018 è pari al valore del CE IV Trimestre 2015 incrementato dell'1% annuo.

Gestione finanziaria

Nel tendenziale 2016-2018 le poste relative alla "Gestione Finanziaria" sono state mantenute pari ai livelli rilevati nel CE IV Trimestre 2015.

Oneri Fiscali

Nel tendenziale 2016-2018 le poste relative agli "Oneri Fiscali" sono state mantenute pari ai livelli rilevati nel CE IV Trimestre 2015.

Gestione Straordinaria

Nel tendenziale 2016-2018 le poste relative alla "Gestione Straordinaria" sono state considerate in riduzione per la componenti attive e passive, in considerazione del trend storico e del miglioramento nelle rilevazioni contabili da parte dell'ASReM.



Programmatico

Il CE Programmatico 2016-2018 è stato costruito sulla base dei dati rilevati nei Tenzionali e delle informazioni relative alle manovre che seguono:

- Manovre in applicazione del Decreto Legge 95/2012 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", convertito con Legge 7/8/2012 n. 135;
- Manovre in applicazione dei tagli della Legge di stabilità 2015, L. 190/2014;
- Manovre in applicazione dei tagli della Legge di stabilità 2016, L. 208/2015;
- Manovre in applicazione del DL 78/2015 "Disposizioni urgenti in materia di Enti Locali";
- Manovre regionali aggiuntive;
- Nota CSR 17.12.2015, Contributo di Solidarietà interregionale per il piano di risanamento del Servizio Sanitario della Regione Molise.

Di seguito si riporta il CE Programmatico calcolato sulla base dell'impatto delle manovre stimate nei presenti Programmi Operativi.



MOUSE Aggregato		Programmatico 2016	Programmatico 2017	Programmatico 2018
CONTO ECONOMICO		F	G	H
€000				
A1	Contributi F.S.R.	569.010	569.010	569.010
A2	Saldo Mobilità	24.673	24.673	21.577
A3	Entrate Proprie	11.510	11.908	12.477
A4	Saldo Intramoenia	1.558	1.558	1.558
A5	Rettifica Contributi esercizio per destinazione ad investimenti	1.411	1.177	1.177
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	908	908	908
A	Totale Ricavi Netti	604.432	605.064	602.537
B1	Personale	191.732	190.007	186.427
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	54.637	55.282	56.275
B3	Altri Beni e Servizi	107.164	105.209	104.812
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	4.945	5.119	5.368
B5	Accantonamenti	22.917	22.757	8.216
B6	Variazione Rimanenze	-	-	-
B	Totale Costi Interni	381.395	378.374	361.098
C1	Medicina Di Base	46.974	46.599	46.231
C2	Farmaceutica Convenzionata	44.861	42.504	40.865
C3	Prestazioni da Privato	156.325	157.658	156.568
C	Totale Costi Esterni	250.160	246.761	243.664
D	Totale Costi Operativi (B+C)	631.555	625.135	604.762
E	Margine Operativo (A-D)	27.123	20.071	2.225
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazione Svalutazioni Finanziarie	-	-	-
F2	Saldo Gestione Finanziaria	3.170	3.170	3.170
F3	Oneri Fiscali	14.129	14.023	13.801
F4	Saldo Gestione Straordinaria	1.255	1.123	1.005
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	16.045	16.070	15.966
G	Risultato Economico (E-F)	43.168	36.341	16.392
H	Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	18.192	18.192	18.192
I	Risultato Economico con risorse aggiuntive LEA (G+H)	24.976	17.949	0
J	Contributo di solidarietà	25.000	18.000	0
K	Risultato Economico con Contributo di Solidarietà (I+J)	24	5	0

Fonte: (Ce NSIS Consolidato 2010-2014 - IV Trimestre 2015).

Tabella 3: CE Programmata 2015 - 2018

Tab. MOVISE - Aggregato	CONTO ECONOMICO											
	€/000											
	A	B	C	D	E	IV Trimestre 2015	Tendenziale 2016	Tendenziale 2017	Tendenziale 2018			
	Consuntivo 2014									Programmatico 2016	Programmatico 2017	Programmatico 2018
										F	G	H
A1	569.189	564.604	569.010	569.010	569.010					569.010	569.010	569.010
A2	26.244	24.673	24.673	24.673	24.673					24.673	24.673	21.577
A3	10.873	13.553	11.339	11.339	11.339					11.909	11.909	12.477
A4	1.798	1.558	1.558	1.558	1.558					1.558	1.558	1.558
A5	1.716	1.986	1.411	1.177	1.177					1.411	1.177	1.177
A6	5.191	4.422	1.908	1.908	1.908					908	908	908
A	601.197	596.090	603.281	603.495	603.495					604.432	605.064	602.537
B1	199.042	194.723	194.723	194.723	194.723					191.732	190.007	186.427
B2	44.289	54.085	55.708	57.379	59.100					54.837	55.282	56.275
B3	116.304	108.514	109.589	110.695	111.802					107.164	105.209	104.812
B4	4.870	4.870	4.870	4.870	4.870					4.945	5.119	5.368
B5	8.432	4.837	4.837	4.837	4.837					22.917	22.757	8.216
B6	213	1.786	-	-	-					-	-	-
B	373.150	365.263	369.737	372.504	375.332					381.395	378.374	361.098
C1	48.373	47.354	46.974	46.599	46.231					46.974	46.999	46.231
C2	47.981	47.190	46.010	44.860	43.736					44.861	42.504	40.985
C3	173.564	165.693	165.264	165.631	166.001					158.325	157.658	156.568
C	269.918	260.237	258.248	257.030	255.970					250.160	246.761	243.864
D	643.068	625.500	627.985	629.584	631.303					631.555	625.135	604.762
E	41.871	27.420	24.723	25.099	27.908					27.123	20.071	2.225
F1	-	-	-	-	-					-	-	-
F2	3.431	3.170	3.170	3.170	3.170					3.170	3.170	3.170
F3	15.484	14.316	14.316	14.316	14.316					14.129	14.023	13.801
F4	759	1.402	1.255	1.123	1.005					1.255	1.123	1.005
F	18.156	18.084	18.231	18.363	18.481					18.045	16.070	15.966
G	60.027	43.504	40.954	42.451	44.369					43.168	38.741	18.192
H	20.350	18.192	18.192	18.192	18.192					18.192	18.192	18.192
I	39.677	28.312	22.792	24.269	26.597					24.976	17.945	9
J	-	30.000	-	-	-					25.000	18.000	-
K	-	4.638	-	-	-					24	51	-

Fonte: [Ces NSIS Consolidato 2010-2014].

Tabella 4: Cc Tendenze e Programmatici 2015 - 2018

RCAVI (€1000)							
VOCE	Aggregazioni codice CE	Tendenziale 2016	Tendenziale 2017	Tendenziale 2018	Programmatico 2016	Programmatico 2017	Programmatico 2018
Contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale	AA020	569.010	569.010	569.010	569.010	569.010	569.010
Contributi da regione a titolo di copertura LEA	AA0250	1.411	1.177	1.177	1.411	1.177	1.177
Contributi da regione a titolo di copertura extra LEA	AA0290	-	-	-	-	-	-
Contributi per quote strutturali contributi in esercizio	AA0270	3.818	3.818	3.818	3.818	3.818	3.818
Altri contributi in conto esercizio	AA0050-AA0080-AA0150-AA0180-AA0230	1.116	1.116	1.116	1.116	1.116	1.116
Mobilità attiva intra regionale	AA0340	-	-	-	-	-	-
Mobilità attiva extra regionale	AA0490-AA0470-AA0430-AA0500-AA0510-AA0520-AA0530-AA0540-AA0610-AA0650-AA0560	90.375	90.375	90.375	90.375	90.375	87.279
Payback	AA0900-AA0920-AA0910	2.806	2.806	2.806	2.806	2.806	2.806
Compartecipazioni	AA0940	4.877	4.877	4.877	5.045	5.446	6.014
Altre entrate	AA0840-AA0480-AA0570-AA0600-AA0660-AA0710-AA0720-AA0700-AA0760-AA0770-AA0800-AA0840-AA0930-AA1360-AA1050-CA0010+C	3.510	3.810	3.810	3.810	3.810	3.810
Costi capitalizzati	AA0590-AA1000-AA1010-AA1020-AA1030-AA1040-AA1050	1.917	1.917	1.917	1.917	1.917	1.917
Investimenti - altri contributi	AA0260	-	-	-	-	-	-
TOTALE RCAVI		678.319	676.553	676.653	676.488	677.121	674.894
COSTI (€1000)							
VOCE	Aggregazioni codice CE	Tendenziale 2016	Tendenziale 2017	Tendenziale 2018	Programmatico 2016	Programmatico 2017	Programmatico 2018
Personale	BA2060+BA1420+BA1610	192.672	192.672	192.672	169.693	187.994	184.452
Irapp	YAD010	13.565	13.565	13.565	13.378	13.272	13.020
Beni		102.048	104.183	109.372	89.839	89.816	100.302
Beni sanitari	BA0020-BA0080-BA0090	98.223	98.239	100.430	93.758	93.562	94.138
Beni non sanitari	BA0310	5.826	5.884	5.943	5.881	6.054	6.164
Servizi		68.309	63.942	66.551	64.202	62.088	62.760
Servizi sanitari	BA1280+BA1360-BA1420+BA1490	11.576	11.680	11.755	11.524	11.256	11.335
Servizi non sanitari	BA1570+BA1610+BA1900+BA2530+BA1750-BA1810+BA1880	53.733	54.262	54.796	52.778	51.833	51.426
Prestazioni da privato		258.248	257.090	255.970	250.160	246.781	243.664
Medicina di base	BA0420	46.974	46.599	46.231	48.974	46.599	46.231
Farmacologica convenzionata	BAC500	46.010	44.650	43.738	44.861	42.504	40.885
Assistenza specialistica da privato	BA0570-BA0560-BA0630	39.150	39.150	39.150	39.150	39.150	39.150
Assistenza riabilitativa da privato	BA0680+BA0690	16.453	16.453	16.453	16.453	16.155	11.669
Assistenza ospedaliera da privato	BA0840+BA0850	72.885	72.885	72.885	67.307	67.307	67.307
Altre prestazioni da privato	BA0790+BA0740+BA0940+BA0950+BA1000+BA1010+BA1020+BA1070+BA1080+BA1130+BA1160+BA1150+BA1240+BA1260	36.777	37.144	37.514	36.105	37.047	36.254
Prestazioni da pubblico	BA0550+BA0680+BA0670+BA0720+BA0770+BA0820+BA0920+BA0890+BA1050+BA1110+BA1160+BA1170+BA0930	-	-	-	-	-	-
Mobilità passiva intra regionale	BA0470+BA0510+BA0540+BA0650+BA0710+BA0760+BA0810+BA0910+BA0970+BA1040+BA1100+BA1130+BA1150+BA0980	-	-	-	-	-	-
Mobilità passiva extraregionale	BA0480-BA0520+BA0560+BA0730+BA0780+BA0830+BA0930+BA1060+BA1120+BA0090+BA1550	65.702	65.702	65.702	65.702	65.702	65.702
Accantonamenti	BA2690	10.563	10.563	10.563	27.643	27.483	12.942
Oneri finanziari	CA0110+CA0150	3.204	3.204	3.204	3.204	3.204	3.204
Oneri fiscali (netto irap)	BA0510+YAD060+YAD090	751	751	751	751	751	751
Saldo poste straordinarie	EA0010-EA0020-BA2660	1.255	1.123	1.005	1.255	1.123	1.005
Saldo intransitorie	AA0680-AA0690-AA0700-AA0730-AA0740-BA1210-BA1220-BA1230-BA1250-BA1270	322	322	322	322	322	322
Ammortamenti	BA2950	6.787	6.787	6.787	6.862	7.096	7.285
Rivalutazioni e svalutazioni	(-DA0310+DA0020+BA2630+BA2620)	-	-	-	-	-	-
TOTALE COSTI		717.273	719.014	720.841	718.657	713.282	692.789
RESULTATO DI ESERCIZIO		49.854	42.461	44.289	43.168	38.141	18.192
contributi da regione a titolo di copertura LEA	AA0080	18.192	18.192	18.192	18.192	18.192	18.192
Risultato di gestione dopo le coperture		22.762	24.269	26.097	24.976	17.849	0

Tabella S: CE Tendenziali e Programmatica 2015 - 2018 secondo lo schema MEF



Valorizzazioni manovre e sintesi impatto per gli esercizi 2016 – 2018

Manovre

Si descrive di seguito la valorizzazione stimata dell'impatto economico cumulato delle manovre contenute nel Programma Operativo Straordinario.

POS 2015 - 2018 Riepilogo complessivo manovre		2016	2017	2018
€000				
A	CE Tendenziale	- 22.762	- 24.269	- 26.097
B	Manovre previste nel POS 2015-2018	- 14.682	- 22.954	- 27.974
	<i>Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi</i>	- 3.148	- 5.858	- 6.858
	<i>Gestione del Personale</i>	- 2.979	- 4.678	- 8.220
	<i>Riassetto della rete ospedaliera regionale</i>	- 7.145	- 10.803	- 12.931
	<i>Riorganizzazione della rete territoriale</i>	797	2.658	5.316
	<i>Assistenza farmaceutica</i>	- 2.207	- 4.273	- 5.280
C	Ulteriori elementi del programmatico	16.896	16.633	1.877
	<i>Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati*</i>	- 1.000	- 1.001	- 1.002
	<i>Accantonamenti prudenziali**</i>	18.082	17.928	3.394
	<i>Oneri fiscali (IRAP)***</i>	- 187	- 293	- 515
D = A - B - C	CE Programmatico	- 24.976	- 17.949	0
E	Contributo di Solidarietà	25.000	18.000	
F = D - E	Risultato Economico con Contributo di Solidarietà	24	51	0

* Riduzione del Saldo per le quote inutilizzate contributi vincolati quale conseguenza di un decremento degli Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. vincolato

** Incremento prudenziale degli accantonamenti

*** Riduzione dell'IRAP per il personale dipendente a seguito della stima delle cessazioni del personale

Tabella 6: Quadro riassuntivo dell'impatto economico derivante dall'applicazione delle manovre

Impatto manovre annualità 2016

14,7 €/mln (punto B della Tabella 6) sono i risparmi attesi per l'annualità 2016. In particolare **7,1 €/mln** derivano dalla disattivazione dei posti letto pubblici e privati tali da permettere, per la componente di acquisto di prestazioni da privato, il raggiungimento dei limiti normativi previsti. L'ulteriore risparmio è legato alle manovre su Personale, Beni e Servizi e Farmaceutica. All'interno del CE Programmatico 2016 è stato recepito, extra-contabilmente, il contributo pari a **25 €/mln** come previsto dalla nota CSR 17.12.2015 (Contributo di Solidarietà interregionale per il piano di risanamento del Servizio Sanitario della Regione Molise). In via prudenziale, all'interno del CE Programmatico 2016, sono stati considerati accantonamenti pari a **18,1 €/mln** legati ai rischi connessi alla parziale realizzazione delle manovre e/o all'insorgenza di eventuali costi che potrebbero manifestarsi nel corso dell'esercizio.

Impatto manovre annualità 2016-2017

23 €/mln (punto B della Tabella 6) sono i risparmi cumulati attesi per le annualità 2016-2017. In particolare **10,8 €/mln** derivano dalla disattivazione dei posti letto pubblici e privati tali da permettere, per la componente di acquisto di prestazioni da privato, il raggiungimento dei limiti normativi previsti. L'ulteriore risparmio è legato alle manovre su Personale, Beni e Servizi e Farmaceutica. All'interno del CE Programmatico 2017 è stato recepito, extra-contabilmente, il contributo pari a **18 €/mln** come previsto dalla nota CSR 17.12.2015 (Contributo di Solidarietà interregionale per il piano di risanamento del Servizio Sanitario della Regione Molise). In via prudenziale, all'interno del CE Programmatico 2017, sono stati considerati accantonamenti pari a **17,9 €/mln** legati ai rischi connessi alla parziale realizzazione delle manovre e/o all'insorgenza di eventuali costi che potrebbero manifestarsi nel corso dell'esercizio.



Impatto manovre annualità 2017-2018

28 €/mln (punto B della Tabella 6) sono i risparmi cumulati attesi per le annualità 2016-2018. In particolare **12,9 €/mln** derivano dalla disattivazione dei posti letto pubblici e privati tali da permettere, per la componente di acquisto di prestazioni da privato, il raggiungimento dei limiti normativi previsti. L'ulteriore risparmio è legato alle manovre su Personale, Beni e Servizi e Farmaceutica. In via prudenziale, all'interno del CE Programmatico 2018, sono stati considerati accantonamenti pari a 3,4 €/mln legati ai rischi connessi alla parziale realizzazione delle manovre e/o all'insorgenza di eventuali costi che potrebbero manifestarsi nel corso dell'esercizio.

RICAVI

Contributi in c/esercizio indistinti

La stima dei contributi FSR nei Programmatici 2016-2018 è stata mantenuta uguale al valore dei Tendenziali.

Contributi in c/esercizio a destinazione vincolata

Il valore degli Obiettivi di Piano e degli altri finalizzati nei Programmatici 2016-2018 è stato mantenuto uguale al valore dei Tendenziali.

Saldo mobilità extraregionale in compensazione

Relativamente al "**Saldo di Mobilità**" i valori dei Programmatici 2016-2017 sono i medesimi esposti nei tendenziali. Il Programmatico 2018 tiene conto degli effetti della manovra relativa alla riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale.

Entrate proprie

Il valore delle "**Entrate proprie**" nei Programmatici 2016-2018 è pari al valore dei Tendenziali, ad eccezione della voce dei Ticket per prestazioni di specialistica che sconta l'impatto della manovra sulla riorganizzazione della rete.

Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti

Il valore della voce nei Programmatici 2016-2018 è stato mantenuto uguale al valore dei tendenziali e recepisce quanto previsto dal DLgs 118/2011.

Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati

Il valore della voce nei Programmatici 2016-2018 è pari a -0,9 €/mln, in riduzione rispetto al valore dei tendenziali. L'andamento del saldo nei Programmatici è riconducibile al miglioramento da parte dell'ASReM della capacità di rendicontazione dei costi relativi agli obiettivi di piano (PSN). Infatti, già nell'anno 2015 l'ASReM ha avviato una ricognizione straordinaria dei costi sostenuti e individuato un gruppo di lavoro, che continuerà nell'attività di rendicontazione e nella gestione delle progettualità legate agli obiettivi di piano.

COSTI

Costi interni

Costo del Personale

Relativamente al costo del "Personale", per gli anni 2016-2018, il valore nei Programmatici tiene conto della manovra del blocco del turn-over fino al 2016 e negli anni successivi della previsione delle cessazioni per il raggiungimento dei requisiti pensionistici. Nel periodo considerato è stato stimato un numero di cessati pari a 346 unità e un impatto complessivo di **8,2 €/mln**. Alla riduzione del costo del personale è associata anche una riduzione del costo dell'IRAP (**1 €/mln**).

Per la stima dei costi e per la metodologia di calcolo applicata si rimanda alla "*Sezione 9 Gestione del personale*".



Prodotti farmaceutici

Per la voce "Prodotti Farmaceutici ed emoderivati" il valore dei Programmatici 2016-2018 sconta gli effetti delle manovre regionali (*vedi sezione 13.4 Valorizzazione della razionalizzazione dell'assistenza farmaceutica*).

Beni e Servizi

La voce "Altri Beni e Servizi" nei Programmatici 2016-2018, rispetto ai tendenziali, rileva l'impatto delle manovre regionali e sconta l'applicazione del DL 95/2012 (c.d. Spending Review), della Legge 190/2014, del DL 78/2015, della Legge 208/2015 (*vedi sezione 8 Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi*). L'impatto complessivo delle manovre regionali è pari a **6,9 €/mln** (comprese anche le riduzioni sulle Altre Prestazioni da Privato). I beni e servizi, oltre agli impatti diretti delle manovre di cui sopra, scontano anche l'impatto dei risparmi legati alla manovra sulla riorganizzazione delle reti (*vedi sezione 11.6 Valorizzazione del riordino delle reti assistenziali*).

Ammortamenti e sterilizzazioni

Il valore della voce "Ammortamenti e sterilizzazioni" nei Programmatici 2016-2018 sconta l'impatto della manovra sulla riorganizzazione della rete (*vedi sezione 11.6 Valorizzazione del riordino delle reti assistenziali*).

Accantonamenti

Con riferimento al valore degli accantonamenti rispetto al valore dei tendenziali nel:

- Programmatico 2016: in via prudenziale, all'interno del CE Programmatico 2016, sono stati considerati accantonamenti pari a **18,1 €/mln** legati ai rischi connessi alla parziale realizzazione delle manovre e/o all'insorgenza di eventuali costi che potrebbero manifestarsi nel corso dell'esercizio;
- Programmatico 2017: in via prudenziale, all'interno del CE Programmatico 2017, sono stati considerati accantonamenti pari a **17,9 €/mln** legati ai rischi connessi alla parziale realizzazione delle manovre e/o all'insorgenza di eventuali costi che potrebbero manifestarsi nel corso dell'esercizio;
- Programmatico 2018: in via prudenziale, all'interno del CE Programmatico 2018, sono stati considerati accantonamenti pari a **3,4 €/mln** legati ai rischi connessi alla parziale realizzazione delle manovre e/o all'insorgenza di eventuali costi che potrebbero manifestarsi nel corso dell'esercizio.

Variazione delle rimanenze

Il valore della voce "variazione delle rimanenze" nei Programmatici 2015-2018 è pari a zero e uguale al valore dei tendenziali.

Costi esterni

Medicina di base

Il valore della voce "medicina di base" nei Programmatici 2016-2018 è uguale al valore rilevato nei tendenziali.

Farmaceutica convenzionata

Il valore della voce "Farmaceutica Convenzionata" nei Programmatici 2016-2018, rispetto al valore dei tendenziali, sconta l'impatto delle manovre regionali (*vedi sezione 13.4 Valorizzazione della razionalizzazione dell'assistenza farmaceutica*).

Prestazioni sanitarie da privato

Ospedaliera

Il valore dell'Assistenza Ospedaliera nei Programmatici 2016-2018 rispetto al valore dei tendenziali sconta l'impatto delle manovre regionali (*vedi sezione 7 Rapporti con gli erogatori privati*).



Specialistica ambulatoriale

Il valore dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale nei Programmatici 2016-2018 rispetto al valore dei tendenziali sconta l'impatto delle manovre regionali (*vedi sezione 7 Rapporti con gli erogatori privati*).

Altre Prestazioni da privato

La voce "Altre prestazioni da Privato" nei Programmatici 2016-2018 riporta i seguenti valori:

- **Prestazioni da Privato Riabilitazione Extra Ospedaliera:** il valore nei Programmatici 2016-2018 rispetto ai tendenziali sconta l'impatto della manovra regionale relativa alla riorganizzazione delle reti (*vedi sezione 11.6 Valorizzazione del riordino delle reti assistenziali*);
- **Trasporti sanitari da privato:** il valore dei Programmatici 2016-2018 è uguale al valore dei tendenziali;
- **Assistenza integrativa e protesica:** il valore dei Programmatici 2016-2018 sconta gli effetti delle manovre regionali (*vedi sezione 8 Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi*);
- **Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semiresidenziale da Privato:** il valore dei Programmatici 2016-2018 sconta gli effetti delle manovre regionali (*vedi sezione 8 Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi*);
- **Distribuzione di Farmaci e File F da Privato:** il valore dei Programmatici 2016-2018 sconta gli effetti delle manovre regionali;
- **Prestazioni Socio-Sanitarie da Privato:** il valore dei Programmatici 2016-2018 sconta gli effetti delle manovre regionali (*vedi sezione 8 Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi*).

Gestione straordinaria, finanziaria e fiscale

Il valore della voce "Componenti Finanziarie e Straordinarie" nei Programmatici 2016-2018 è uguale al valore rilevato nei tendenziali.

Il valore degli "Oneri fiscali" nei Programmatici 2016-2018 è stato rideterminato in ragione della riduzione del valore dell'IRAP, coerentemente con la riduzione del costo del personale (*vedi sezione 9 Gestione del personale*).



1 Adempimenti LEA e Situazione debitoria pregressa

1.1 Miglioramento e garanzia dei LEA

La Regione Molise ha come obiettivi il mantenimento e miglioramento delle attuali adempienze e contestualmente il superamento delle inadempienze pregresse come dalla seguente tabella. Nel dettaglio:

Descrizione Inadempienza	Anno	Azioni per il superamento delle criticità
A) Verifica del disavanzo e misure di copertura	2011 2012 2013 2014	
C) Obblighi Informativi (C.2-C.3)	2012 2013 2014	Al fine del superamento dell'adempimento si rinvia al programma 4.
E) Mantenimento erogazione dei LEA	2013 2014	<i>Griglia LEA da 1 a 6 - Prevenzione.</i> Sono state avviate attività di verifica e si prevede l'adeguamento ai parametri soglia per: copertura vaccinale, screening oncologici, costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro, controlli nei luoghi di lavoro, malattie animali trasmissibili all'uomo e le anagrafi animali, alimenti di origine animale e vegetale. <i>Griglia LEA 8 e 9 - Anziani.</i> Sono state avviate attività di verifica sulla coerenza dei dati e delle informazioni per i modelli e flussi NS'S (Flusso SIAO - Flusso FAR e STS. 24. Si prevede l'adeguamento ai parametri soglia. <i>Griglia LEA 10 - Disabili.</i> Sono state avviate attività di verifica sulla coerenza dei dati e delle informazioni per i flussi RIA.11 e STS.24. Si prevede l'adeguamento ai parametri soglia. <i>Griglia LEA 11 - Malati terminali.</i> Sono state avviate attività di verifica sulla coerenza dei dati e delle informazioni per il flusso Hospice. Si prevede l'adeguamento ai parametri soglia. <i>Griglia LEA 14 - Salute mentale.</i> Sono state avviate attività di verifica sulla coerenza dei dati e delle informazioni per il flusso SISM. Si prevede l'adeguamento ai parametri soglia. <i>Griglia LEA 18 - Parti cesarei.</i> Sono state avviate attività di verifica sulla percentuale dei parti cesarei. Si prevede l'adeguamento ai parametri soglia. <i>Griglia LEA 21 - Emergenza.</i> Sono state avviate attività di verifica finalizzate all'analisi dell'intervallo di tempo tra la ricezione della chiamata in centrale operativa e l'arrivo del mezzo di soccorso sul posto. Si prevede l'adeguamento ai parametri soglia.
F) Assistenza ospedaliera e posti letto	2012 2013 2014	Al fine del superamento dell'adempimento, per quanto concerne i posti letto e del tasso di occupazione si rinvia al programma 11 del presente documento. Inoltre la Regione in fase di validazione dei modelli HSP 12 e HSP 13 precederà a la verifica di coerenza e validità del dato, entro il 30 aprile di ogni anno, nel rispetto delle scadenze da DM.
G) Appropriatazza	2013 2014	Al fine del superamento dell'adempimento la Regione ha adottato nel 2014 i DCA numero 14 e 35 successivamente modificati nel 2015 con i DCA 6, 18 e 19. Si rinvia inoltre al programma 11.
H) Liste d'attesa	2013 2014	
L) Spesa Farmaceutica	2011 2012 2013 2014	Al fine del superamento dell'adempimento si rinvia al programma 13.
N) CO.AN.	2012 2013 2014	Al fine del superamento dell'adempimento si rinvia al programma 6.
S) Assistenza domiciliare e residenziale (S.1-S.2)	2012 2013 2014	Al fine del superamento dell'adempimento si rinvia al programma 11 nella parte relativa alla rete territoriale.
X) Implementazione percorsi diagnostico-terapeutici	2012 2013 2014	Al fine del superamento dell'adempimento si rinvia al programma 11 nella parte relativa alla rete territoriale.
Y) LEA aggiuntivi	2013 2014	
AA) Vincolo del 2%	2011 2012 2013 2014	
AU) CUP	2014	
AAG) Emergenza-Urgenza	2012 2013 2014	

Tabella 7: Stato adempimenti LEA e azioni previste per il loro superamento



1.2 Situazione debitoria pregressa

1.2.1 Situazione debitoria pregressa

Disavanzo pregresso 2014 e ante

La Regione Molise, come rappresentato dai Tavoli di Verifica e per ultimo dal verbale del 21 aprile 2016 ed a seguito della rideterminazione del risultato economico per l'anno 2014, presenta un disavanzo cumulato negli anni pregressi, 2014 e ante, pari a **€/mln 230,374**.

Il disavanzo pregresso 2014 e ante è stato rideterminato come di seguito rappresentato:

Rideterminazione Disavanzo pregresso al 31-12-2014 (importi €/mln)		
Descrizione		Importi
Risultato di gestione da CE (al netto voce AA0080)		-60,027
Totale disavanzo	a	-60,027
Coperture		
stima gettito da aumento delle aliquote Irap e add. Irpef sui livelli massimi -anno imposta 2015 (al netto 2 mln di euro preordinati dal Piano di rientro al pagamento della rata dell'anticipazione di liquidità)	b	20,35
rideterminazione stima gettito Irap - anno imposta 2015 a seguito effetto legge di stabilità 2015	c	-2,768
ulteriore rideterminazione stima gettito Irap - anno imposta 2015 a seguito effetto legge di stabilità 2015	d	1,547
riattribuzione gettito ex art. 8, co. 13-duodecies, DI 78/2015	e	2,156
incremento 0,15 IRAP e 0,30 IRPEF	f	9,582
rideterminazione stima gettito anno imposta 2015, 2014 e 2013	g	-4,113
Rettifica fiscalità 2013 già avvenuta in sede di rideterminazione del Bilancio 2013	h	1,118
Totale coperture	i=b+c+d+e+f+g+h	27,872
Risultato di gestione 2014	l=a+i	-32,155
Disavanzi pregressi		
perdita 2012 e precedenti non coperta	m	-182,806
perdita 2013 non coperta	n	-70,413
accesso Fondi FAS	o	55,000
Disavanzo pregresso rideterminato	p=l+m+n+o	-230,374

Tabella 8: Rideterminazione Disavanzo pregresso al 31.12.2014

Il Consuntivo 2014 presenta un disavanzo di €/mln 60,027. Dopo il conferimento delle aliquote fiscali relative all'anno d'imposta 2015 nei termini preordinati dal Piano di rientro, come rideterminate dal competente Dipartimento delle finanze in conseguenza di quanto previsto dalla legge di stabilità per l'anno 2015 in relazione al minor gettito Irap, e al netto di 2 mln di euro destinati al rimborso della rata del mutuo per il pagamento dei debiti al 31.12.2005, residua un disavanzo non coperto di €/mln 32,155.

Considerando le perdite 2013 e anni precedenti non coperte, scontando le risorse rinvenienti dai fondi FAS e funzionali alla copertura dei disavanzi a tutto l'anno 2009, la perdita complessiva cui dare copertura è pari a **€/mln 230,374**.



La situazione del disavanzo pregresso 2014 e ante del SSR deve essere aggiornata con il risultato economico del Consolidato 2015. Il Risultato Economico 2015 al lordo della fiscalità ordinaria è pari a €/mln 44,677. In sede di verifica del Tavolo di Monitoraggio per l'istruttoria dei conti sanitari 2015, verrà rideterminato il disavanzo al 31.12.2015.

Crediti verso il Bilancio regionale al 31.12.2015

I crediti verso il Bilancio regionale, tengono conto della situazione patrimoniale aggiornata al 31.12.2015 e sono di seguito rappresentati:

Crediti vs Regione al 31-12-2015 (importi €/mln)		
Descrizione		Importi
Crediti vs Bilancio regionale al 31-12-2015	a	298,817
Ripristino Fondo di dotazione ASReM	b	-84,473
Rideterminazione credito vs Bilancio regionale	c=a+b	214,344
Debito GSA vs Regione	d	-39,395
Credito GSA vs Regione per anticipazione pagamenti	e	0,399
Rideterminazione credito vs Regione	f=c+d+e	175,348

Tabella 9: Crediti verso Regione al 31.12.2015

I crediti verso il Bilancio regionale iscritti nello stato patrimoniale al 31.12.2015 sono pari a €/mln 298,817. Nello specifico la voce è composta dalle seguenti voci dello SP:

- **€/mln 60,806** Voce ABA390 - B.II.2.a.3 Crediti v/Regione o Provincia autonoma per quota FSR e composta da €/mln 17,493 per mobilità conguaglio anni 1997-2004 e per €/mln 43,313 per mobilità pregressa non trasferita dalla Regione alla GSA);
- **€/mln 47,525** Voce ABA430 - B.II.2.a.7 Crediti v/Regione o Provincia autonoma per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente LEA composta dalla fiscalità residua anni 2013-2015; tale voce nell'anno 2015 subisce una variazione in aumento rispetto al dato dell'anno 2014 pari a €/mln 10,714. Nello specifico:
 - Un decremento del credito pari a €/mln 15,000, a seguito del trasferimento dalla Regione al SSR delle risorse fiscali 2014 e ante, come da DD n. 81 del 14.05.2015;
 - Un incremento del credito pari a €/mln 18,192 per la fiscalità dell'anno 2015;
 - Un incremento del credito pari a €/mln 7,522 a seguito dell'iscrizione dell'incremento dello 0,15 e 0,30 delle aliquote della fiscalità 2014 come da Dipartimento delle finanze (€/mln 9,582) non iscritto nel Bilancio 2014 e il decremento della fiscalità per gli anni 20013, 2014 e 2015 e pari complessivamente a €/mln 2,060. Si evidenzia che in merito alla rettifica della fiscalità 2013, pari a €/mln 1,118 la stessa era già stata recepita in sede di rimodulazione del Bilancio 2013 (bilancio approvato con DCA n. 11 del 5 marzo 2015).
- **€/mln 94,204** Voce ABA500 - B.II.2.b.3 Crediti v/Regione o Provincia autonoma per ripiano perdite composta dalla fiscalità relativa agli anni di imposta 2007-2012 da destinare alla copertura dei disavanzi 2006-2011;
- **€/mln 96,282** Voce ABA520 - B.II.2.b.4 Crediti v/Regione o Provincia autonoma per copertura debiti al 31-12-2005 composta da 84,473 €/mln ripristino fondo di dotazione ASReM e per 11,809 €/mln giroconto credito ASReM verso gestione liquidatoria già rilevato nell'anno 2013).

Rispetto all'importo dei crediti vs Regione, al fine di tener conto dell'importo di €/mln 84,473 riferito al ripristino del fondo di dotazione ASReM (come rappresentato dai verbali del Tavolo di Verifica), già inglobato nella voce ABA520, pari a €/mln 96,282, e relativo alle perdite pregresse prive di copertura, il valore del credito al 31.12.2015 è rideterminato in €/mln 214,344. A tale valore si sottrae il debito verso regione al 31.12.2015 per €/mln 39,395 e relativo alle risorse anticipate dalla Regione alla GSA; al dato così determinato è necessario aggiungere l'importo delle immobilizzazioni finanziarie per €/mln 0,339 relativi ai crediti della GSA verso regione



per anticipazioni di pagamenti fornitori. Il valore così rideterminato dei crediti verso Regione al 31.12.2015, come rappresentato nella tabella, è pari a **€/mln 175,348**.

Con riferimento alle voci sopra richiamate, nel corso dell'anno 2016 la Regione ha trasferito alla GSA quota parte delle risorse della fiscalità pregressa. Nello specifico il Bilancio Regionale, con nota n.13328 del 05.02.2016 ha comunicato alla GSA il trasferimento delle risorse fiscali 2014 e ante pari a **€/mln 26.117**. Di tali risorse, la GSA ha trasferito all'ASReM **€/mln 20,541** a titolo di copertura perdite pregresse.

1.2.2 Coperture debito pregresso

In ragione della situazione finanziaria sopra evidenziata, sono state individuate le seguenti coperture:

- ▣ Accesso all'anticipazione di liquidità pari a **€/mln 257**;
- ▣ Accesso al Fondo art. 604 Legge di stabilità 190/2014 pari a **€/mln 40**.

Accesso all'anticipazione di liquidità ai sensi dell'art. 3 del D.L. 35/2013 convertito con modificazioni dalla Legge n. 64 e dell'art. 35 del D.L. 66/2014

Con riferimento a tali risorse la Regione, con deliberazione n. 348 del 30.06.2015, ha approvato l'accesso all'anticipazione di liquidità di **€/mln 257**.

Come richiamato dalla Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 18 maggio 2015, il Presidente pro tempore della Giunta Regionale è stato investito dei poteri di Commissario per l'adozione degli atti necessari ai fini dell'accesso alle anticipazioni di liquidità per il pagamento dei debiti degli enti del SSN, di cui ai richiamati Decreto Legge n.35/2013; Decreto Legge 102/2013 e Decreto Legge n.66/2014.

A seguito dell'Istruttoria congiunta della Regione con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, con Decreto n.1 del 8 febbraio 2016 del Commissario Straordinario ad acta per l'attuazione del DL 66/2014, la Regione ha avuto accesso all'anticipazione di liquidità. Nello specifico il Decreto stabilisce che:

- la Regione Molise ha avuto accesso all'anticipazione di liquidità ai sensi e per gli effetti dell'articolo 3 comma 1 del D.L. n°35/2013 convertito con modificazioni dalla Legge 6 giugno 2013, n°64 e s.m.i. e successivi rifinanziamenti e ne garantisce il rimborso, comprensivo di interessi nella misura di cui al medesimo decreto-legge n. 35 del 2013 come indicata dal Ministero dell'economia e delle finanze, mediante l'utilizzo di appositi capitoli che saranno dotati della necessaria disponibilità per l'intera durata del rimborso stesso;
- Il rimborso annuale dell'anticipazione di liquidità è stato fissato in un periodo pari a 30 anni, con un piano di ammortamento a rate costanti e pagamento della prima rata a decorrere dall'anno 2017.
- al fine di garantire la copertura della rata di ammortamento dell'anticipazione di liquidità di cui al comma 1 è vincolata, a decorrere dall'esercizio 2017 e per il periodo di 30 anni, quota parte delle risorse proprie derivanti dagli introiti della Tassa Automobilistica Regionale, in misura pari a € 6.271.901,02, da destinare al rimborso al Ministero dell'Economia e delle Finanze della rata (somma di quota capitale e di quota interessi) di ammortamento dell'anticipazione;
- viene istituito nel Bilancio di previsione 2016 e pluriennale 2016-2018 un nuovo capitolo di entrata vincolato denominato "Quota della tassa automobilistica vincolata al pagamento del mutuo sanità - D. Lgs n. 35/2013 e ss.mm.ii e legge 23 giugno 2014 n. 89 con uno stanziamento pari a € 6.271.901,02;
- ai fini delle rilevazioni contabili dell'anticipazione di liquidità la Regione osserva le disposizioni di cui all'articolo 1, commi 692 e ss. Della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di stabilità per il 2016);
- è adottato il Piano dei Pagamenti dei debiti cumulati fino al 31 dicembre 2012, di cui quota parte è stata pagata attingendo a disponibilità di cassa di competenza di esercizi successivi, da doversi ripristinare per i pagamenti di competenza.

In data 16 febbraio 2016, il Tavolo Tecnico, riunitosi per discutere degli adempimenti del DL 66/2014, a fronte del percorso adottato dalla Regione ed a seguito dell'adozione del Decreto del Commissario straordinario di cui sopra, ha riconosciuto l'accesso all'anticipazione di liquidità.



Il Tavolo Tecnico ha, pertanto, riconosciuto positivamente la copertura della rata di ammortamento dell'anticipazione di liquidità per l'importo di 6.271.901 euro a decorrere dal 2017 e per i trent'anni successivi.

Sulla base di tale riconoscimento, in data 11 maggio 2016, la Regione con i competenti uffici del MEF, ha sottoscritto il contratto di prestito per l'accesso all'anticipazione di liquidità per un ammontare pari a **€/mln 175,200**.

Accesso al Fondo art. 604 Legge di stabilità 190/2014

Come definito dall'art. 604 della L. 190/2014, "In relazione alla grave situazione economico-finanziaria e sanitaria determinatasi nella regione Molise, al fine di ricondurre la gestione nell'ambito dell'ordinata programmazione sanitaria e finanziaria anche al fine di ricondurre i tempi di pagamento al rispetto della normativa dell'Unione europea, è autorizzata per l'anno 2015 la spesa fino ad un massimo di 40 milioni di euro in favore della regione stessa, subordinatamente alla sottoscrizione dello specifico Accordo tra lo Stato e le regioni concernente l'intervento straordinario per l'emergenza economico-finanziaria del servizio sanitario della regione Molise e per il riassetto della gestione del servizio sanitario regionale". La Regione Molise, successivamente alla sottoscrizione dell'accordo richiamato e in relazione anche all'approvazione del presente Programma Operativo Straordinario 2015-2018, potrà accedere alle risorse di €/mln 40, le quali saranno anch'esse utilizzate per il pagamento del debito pregresso.

L'ammontare delle risorse così ottenute sono destinate alla copertura del debito pregresso 2014 e ante.

1.2.3 Situazione debitoria verso le Strutture private accreditate

Situazione debitoria 2014 e ante

Alla data del 31.12.2014, come rilevato nelle apposite voci dello Stato Patrimoniale del Bilancio della GSA e del modello SP inserito a NSIS (voce PDA280 D.VII Debiti V/Fornitori), il debito verso fornitori privati è pari a €/mgI 99.611. All'interno della voce è presente il debito nei confronti delle due Strutture private a gestione diretta: Fondazione Giovanni Paolo II e IRCCS Neuromed. Nello specifico il debito nei confronti delle due Strutture è pari a €/mgI 92.866. Il debito è suddiviso negli anni e per Struttura come rappresentato nella tabella di seguito riportata.

Debito Vs Neuromed e Fondazione G. P. II al 31-12-2014 (importi in €/mgI)			
	Debito vs Fondazione G.	Debito vs Neuromed	Totale
	A	B	C=A+B
Prestazioni Ospedaliere	39.494	35.621	75.115
Prestazioni di Specialistica e Rimb. Farmaci	4.859	12.891	17.751
Totale Debito	44.353	48.512	92.866

Tabella 10: Debito verso gli erogatori privati Neuromed e FGPII al 31-12-2014

In merito alle prestazioni extra budget e alle altre prestazioni non riconosciute dalla Regione, le due Strutture Private hanno attivato negli anni dei contenziosi. In ragione delle pretese avanzate, ed a seguito delle valutazioni effettuate dai competenti uffici regionali, la GSA prudenzialmente negli anni ha costituito un apposito Fondo connesso al rischio di soccombenza. Alla data del 31.12.2014, come rappresentato nelle apposite voci dello Stato patrimoniale del Bilancio della GSA e del modello SP (voce PBA040), il Fondo costituito è pari a €/mgI 33.014. Con riferimento alla Struttura Fondazione G. P. II, l'esposizione debitoria e il Fondo rischi comprendono anche i valori dell'Ex Struttura dell'Università Cattolica del Sacro Cuore:

Nella seguente tabella si rappresenta la composizione del Fondo per entrambe le Strutture private.



Fondo rischi GSA al 31.12.2014 - Strutture Private (importi in €/mgl)			
Anno	FGPII*	Neuromed	Totale
	A	B	C = A + B
2007 e ante	6.099	-	6.099
2008	5.188	163	5.351
2009	8.473	808	9.281
2010	62	1.706	1.768
2011	4.500	3.500	8.000
2012	-	-	-
2013	-	-	-
2014	174	2.341	2.515
Totale	24.496	8.518	33.014

Tabella 11: Consistenza del Fondo rischi della GSA al 31.12.2014

Accordi con le Strutture private

In relazione all'ammontare totale dell'esposizione debitoria nei confronti delle due Strutture private, pari a €/mgl 125.880 (debito v/erogatori privati €/mgl 92.866 e Fondo rischi €/mgl 33.014), nell'anno 2015 (dicembre) sono stati sottoscritti i contratti per l'erogazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica.

In data 14 dicembre 2015, l'IRCCS Neuromed ha sottoscritto il contratto per l'erogazione delle prestazioni ospedaliere e di specialistica per l'anno 2015, e analogamente, alla stessa data, la Struttura Fondazione Giovanni Paolo II ha sottoscritto il contratto per l'erogazione delle prestazioni ospedaliere e di specialistica per l'anno 2015. I contratti sottoscritti, risultano coerenti con i tetti di spesa previsti dal DCA 79/2015 e prevedono il budget per le due tipologie di prestazione come riportato nella seguente tabella.

Budget 2015 - Prestazioni di Ricovero e Ambulatoriale (importi in €/mgl)			
	Regione	Fuori Regione	Totale
Prestazioni da privato - Ricoveri			
Fondazione G. P. II	19.414	12.690	32.104
IRCSS Neuromed	4.816	22.079	26.895
Totale	24.230	34.769	58.999
Prestazioni da privato - Ambulatoriale			
Fondazione G. P. II	5.568	2.093	7.660
IRCSS Neuromed	5.676	11.685	17.361
Totale	11.244	13.777	25.021
Totale complessivo	35.474	48.546	84.020

Tabella 12: Budget 2015 assegnato alle strutture private Neuromed e FGPII

Relativamente alle prestazioni sanitarie erogate dalle due Strutture private, per le annualità 2014 e pregresse, la Regione ha avviato un confronto con le stesse finalizzato al riconoscimento dei saldi.

A seguito del confronto avviato con le Strutture e successivamente alla sottoscrizione dei contratti per l'erogazione delle prestazioni per l'anno 2015, l'Amministrazione Regionale ha proceduto alla determinazione dei saldi spettanti alle strutture per l'attività sanitaria erogata dalle stesse per le pregresse annualità.

In particolare l'ammontare riconosciuto alla Fondazione di Ricerca e Cura Giovanni Paolo II per gli anni 2012-2014 è pari a €/mgl 12.240 (nota n. 140763 del 14.12.2015), mentre al Centro di Ricerca dell'Università Cattolica



del Sacro Cuore è stato riconosciuto il saldo spettante negli anni 2011 e ante per un importo complessivo pari a €/mgl 26.074 (nota n. 145668 del 24.12.2015).

Con riferimento all'attività sanitaria erogata dall'IRCCS Neuromed la determinazione del saldo per gli anni 2014 e ante, effettuata dalla competente struttura Regionale, è stata pari ad €/mgl 46.033 (nota n. 24192/2016 del 03.03.2016).

La determinazione dei saldi relativi alle annualità 2014 e ante hanno tenuto conto dei crediti vantati dalle Strutture già oggetto di contenziosi in sede amministrativa e civile.

Le Strutture sanitarie in argomento hanno comunicato la volontà di rinuncia ai contenziosi allo stato pendente. Nello specifico la Fondazione G.P. II ha comunicato la propria rinuncia al contenzioso con nota prot. n. 140771 del 14.12.2015, il Centro di Ricerca dell'Università Cattolica del Sacro Cuore con nota n. 2236/2016 del 11.01.2016 e l'IRCCS Neuromed con nota prot. 25308 del 07.03.2016.

Rideterminazione della posizione debitoria pregressa 2014 e ante

Nel corso dell'anno 2015, la GSA ha effettuato pagamenti alle due Strutture Private a valere sul debito pregresso 2014 e ante. Come rappresentato nella tabella seguente, i pagamenti nei confronti della Fondazione G. P. II sono pari €/mgl 9.228 e nei confronti dell'IRCCS Neuromed sono pari a €/mgl 19.122.

Pagamenti 2015 Vs Neuromed e FGPII (importi in €/mgl)			
	FGPII	Neuromed	Totale
	A	B	C = A + B
Pagamenti Prestazioni Ospedaliere	7.224	16.112	23.336
Pagamenti Prestazioni di Specialistica e Rimb. Farm.	2.004	3.010	5.014
Totale Debito	9.228	19.122	28.350

Tabella 13: Pagamenti 2015 effettuati a favore delle strutture Neuromed e FGPII

Nei confronti della Fondazione Giovanni Paolo II, a fronte dei pagamenti a valere sugli anni 2014 e ante, avvenuti nell'anno 2015, l'esposizione debitoria (compresa l'esposizione debitoria verso l'Università Cattolica del Sacro Cuore) fino al 31.12.2014, compreso il Fondo rischi costituito negli anni precedenti, è rideterminata in €/mgl 59.622.

Nei confronti della Struttura IRCCS Neuromed, a fronte dei pagamenti a valere sugli anni 2014 e ante, avvenuti nell'anno 2015, l'esposizione debitoria fino al 31.12.2014, compreso il Fondo rischi costituito negli anni precedenti, è rideterminata in €/mgl 37.909.



Rideterminazione Debito Vs Neuromed e FGPII (importi in €/mgl)			
	FGPII	Neuromed	Totale
	A	B	C = A + B
Debito residuo per Prestazioni Ospedaliere	32.271	19.509	51.779
Debito residuo per Prestazioni di Specialistica e Rimb. Farm.	2.855	9.882	12.737
Totale Debito Residuo	35.126	29.391	64.516
Fondo rischi al 31.12.2014	24.496	8.518	33.014
Totale	59.622	37.909	97.530

Tabella 14: Rideterminazione del debito verso le strutture Neuromed e FGPII

A seguito della sottoscrizione degli atti di cui sopra con le Strutture private accreditate, il debito riconosciuto dalla Regione è pari a **€/mgl 84.348**. Tale riconoscimento determina un maggior debito rispetto a quello esistente ad oggi di **€/mgl 19.832** (tabella 8). Al fine di garantire il pagamento dell'ammontare complessivo del debito riconosciuto, la GSA utilizzerà quota parte del fondo rischi costituito e alimentato nel corso degli anni precedenti a copertura di tale maggiore debito.

Debiti riconosciuti a Neuromed e FGPII (importi in €/mgl)			
	FGPII	Neuromed	Totale
	A	B	C = A + B
Debito al 31.12.2014	35.125	29.390	64.516
Utilizzo fondo rischi ed oneri	3.189	16.643	19.832
Debito Riconosciuto	38.315	46.033	84.348

Tabella 15: Debiti riconosciuti alle strutture Neuromed e FGPII

Infine, dall'utilizzo del fondo rischi per il riconoscimento del debito delle due Strutture private, rimarrebbe una quota parte dello stesso, residua, pari a **€/mgl 13.182**.

Residuo fondo rischi (importo in €/mgl)		
		Totale
A	Fondo rischi al 31.12.2014	33.014
B	Utilizzo fondo rischi	19.832
C = A - B	Residuo Fondo rischi	13.182

Tabella 16: Residuo Fondo Rischi al 31.12.2014

1.2.4 Rideterminazione della situazione debitoria pregressa

Considerando la situazione debitoria pregressa e le coperture ad oggi individuate, ad esclusione del risultato economico 2015, il debito è rideterminato nella misura pari a **€/mln 108,383**.

Rispetto alla situazione debitoria pregressa, nell'anno 2016, come evidenziato precedentemente, la Regione, a valere sulle risorse 2014 e ante, ha trasferito alla GSA la fiscalità pregressa pari a **€/mln 26,117**.



Rideterminazione Situazione debitoria pregressa (importi €/mln)		
Descrizione		Importi
Disavanzo pregresso 2014 e ante Rideterminato	a	-230,374
Credito vs Regione rideterminato	b	-175,348
Totale Disavanzo pregresso	c=a+b	-405,722
Ammissione Accesso anticipazione liquidità DL 66/2014	d	175,200
Residuo Accesso anticipazione liquidità DL 66/2014	e	82,139
Totale Accesso anticipazione di liquidità	f=d+e	257,339
Accesso al Fondo art. 604 Legge di stabilità 190/2014	g	40,000
Totale coperture	h=f+g	297,339
Disavanzo non coperto	i=c+h	-108,383

Tabella 17: Rideterminazione della situazione debitoria pregressa

Risultati programmatici	
Superamento inadempienze	
Indicatori di risultato	Tempistica
Copertura disavanzi pregressi	Dicembre 2018
Valutazione griglia LEA \geq 160	Da Dicembre 2016
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute; Direttore Generale ASReM	



2 Attuazione del D.lgs. n. 118/2011

2.1 Attuazione delle disposizioni del D.lgs. n. 118/2011

La Regione Molise dal 2012 ha già avviato tutte le attività richieste dalle disposizioni del D.lgs. 118/2011; in ultimo, con DGR n. 439 del 17/09/2014 è stato individuato il terzo certificatore dei dati della GSA di cui all'art. 22, comma 3, lettera d), del D.lgs. n. 118/2011.

2.1.1 Implementazione delle disposizioni del D.lgs. n. 118/2011

La Regione Molise intende continuare e consolidare il percorso già avviato di armonizzazione dei principi contabili e dei criteri di rilevazione per la redazione dei bilanci degli enti del proprio SSR. A tale proposito, entro Novembre 2016 sarà implementato il sistema informativo, per garantire l'integrazione della contabilità economico patrimoniale della Gestione Sanitaria Accentrata con la contabilità economico patrimoniale che la Regione deve attivare per adempiere agli obblighi stabiliti dal Titolo I del D.lgs. 118/2011.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Implementazione del sistema informativo integrato	
Indicatori di risultato	Tempistica
Realizzazione dell'integrazione della contabilità della GSA con la contabilità della Regione	Novembre 2016
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Dirigente responsabile GSA	



3 Certificabilità dei bilanci del SSR

Il programma deve realizzare l'obiettivo del rispetto di quanto previsto dal PAC in termini di azioni e tempistica per la certificabilità dei bilanci.

3.1 Rispetto di quanto previsto dal PAC

Con l'adozione dei DCA n. 13/2013 e DCA n. 14/2013, la Regione Molise, al fine di pervenire alla certificabilità del bilancio d'esercizio degli enti del SSR, ha adottato il PAC secondo quanto previsto dal DM 1 marzo 2013.

In ragione delle osservazioni del Tavolo di verifica e monitoraggio degli adempimenti LEA del 18 dicembre 2014, la Regione Molise con DCA n. 3/2015 "Approvazione del Piano Attuativo della certificabilità" ha adottato il nuovo Piano che recepisce quanto richiesto dal Tavolo.

3.1.1 Attuazione PAC

Al fine di realizzare gli obiettivi indicati nel PAC regionale, il responsabile regionale attiverà un sistema di monitoraggio periodico delle azioni poste in essere dall'ASReM e dalla GSA e dei risultati conseguiti, in relazione alle tempistiche previste dal PAC approvato dalla Regione.

L'attività di monitoraggio ha lo scopo di verificare periodicamente, anche attraverso incontri con l'ASReM e verifiche in loco, il grado di attuazione degli obiettivi, il rispetto della tempistica e i risultati ottenuti.

Coerentemente con le finalità del percorso verranno predisposte le relazioni di accompagnamento del PAC per la verifica dello stato di avanzamento del Piano.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmati	
Attuazione PAC	
Indicatori di risultato	Tempistica
Attuazione del PAC e raggiungimento obiettivi secondo le azioni previste nel cronoprogramma.	Dicembre 2017
Responsabile del procedimento attuativo:	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute in qualità di responsabile del coordinamento del PAC	
Dirigente responsabile del PAC	
Direzione Generale ASReM	



4 Flussi informativi

4.1 Miglioramento flussi informativi

Con la finalità di rendere appropriata l'integrazione e l'elaborazione dell'informazione ai diversi livelli decisionali (erogazione dell'assistenza, gestione, programmazione e governo), la Regione Molise intende avviare un percorso di miglioramento della qualità e della coerenza dei dati dei flussi informativi che ad oggi presentano criticità e attivare in tempi brevi i flussi non ancora implementati.

4.1.1: Superamento criticità e attivazione nuovi flussi informativi

Nel box che segue sono riepilogati i flussi informativi che attualmente presentano criticità e le azioni che la Regione intende porre in essere per il loro superamento in un arco temporale limitato.

FLUSSO	CRITICITÀ	AZIONI	TEMPI
Nuovi campi SDO	La Regione Molise compila i nuovi campi "non obbligatori" solo in circa il 65% dei casi vs un target di copertura \geq 80%.	Con l'obiettivo del raggiungimento di almeno l'80% di completezza dei nuovi campi SDO la Regione intende:	Entro 31.10.2016
		Agire sul sistema informatico "bloccando" i nuovi campi la cui compilazione è attualmente facoltativa ai fini della chiusura delle SDO;	Entro 31.10.2016
		Attuare azioni formative dei referenti SDO di reparto.	Entro 31.10.2016
Flusso CEDAP	Il numero di schede CEDAP presenti rispetto a quelli attese è circa l'87% vs un target \geq 98%.	Redazione, da parte di Molise Dati, di un report mensile di monitoraggio per la Direzione Sanitaria ASReM. Tale report riepilogherà i CEDAP mancanti/incompleti per le attività di integrazione dei reparti interessati.	Entro 31.10.2016
Flusso EMUR	Anomalie sui tempi di intervento del 118: 23 minuti vs target \leq 18 minuti.	È in corso una verifica dei tempi di intervento con Dipartimento Emergenza ASREM ai fini della riduzione dei tempi di intervento in un range compreso tra 18 e 21 minuti.	Entro 31.10.2016
Flusso Hospice	Incompleta alimentazione del Flusso e scarti anche in riferimento ad annualità pregresse.	La Regione ha attivato un collegamento con Sistema Spider Cure Palliative volto al completo recupero dei dati del flusso dell'Hospice di Larino nel 2015 e alla correzione degli scarti per il 2013 e il 2014.	Entro 31.10.2016
Flusso FAR	Errata alimentazione del flusso e incoerenza dei dati rispetto alla reale attività svolta dalle RSA.	Ai fini della completa automazione delle attività di gestione degli accessi/dimissioni e delle rivalutazioni periodiche, affinché il flusso sia coerente con i servizi effettivamente erogati dalle strutture, la Regione intende attivare in tempi brevi il modulo software di gestione delle RSA, già acquistato ed installato sui sistemi che ospitano le procedure ASTER presso la Molise Dati: tale modulo gestisce tutte le fasi del processo relativo alle RSA e prevede la compresenza nell'uso delle figure sanitarie e delle figure sociali.	Entro 31.10.2016
Flusso SIMES	Assenza del flusso	Attivazione del flusso a regime.	Entro 31.10.2016
Flusso Grandi Apparecchiature	Assenza del flusso	Attivazione del flusso a regime.	Entro 31.10.2016



Nell'ottica di perseguire gli obiettivi indicati nella Tabella precedente è stato emanato il DCA 64/2015 (Invio SiVeAS prot_94_A_2015 del 20.10.2015) che descrive le azioni e gli interventi per il potenziamento/superamento delle criticità per ciascun flusso informativo e sostituisce il precedente DCA 40/2015.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Superamento criticità e attivazione nuovi flussi informativi	
Indicatori di risultato	Tempistica
Assenza criticità	Si veda box precedente
Messa a regime flussi Simes e Grandi apparecchiature	Entro Ottobre 2016
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Dirigente responsabile flussi informativi e controllo di gestione	
Direttore Generale ASReM	



5 Accredитamento

5.1 Accredитamento istituzionale dei soggetti erogatori privati

5.1.1 Revisione/conferma degli accreditalenti per l'erogazione delle attivit  sanitarie e socio sanitarie

La Regione Molise ha concluso tutti i procedimenti finalizzati al rilascio degli accreditalenti istituzionali di tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie private, entro i termini prescritti dalla normativa statale (30 giugno 2011), ai sensi di quanto disposto dall'art. 1, comma 796 della legge n. 296 del 2006 (legge finanziaria 2007), alle lettere s), t) ed u), come modificato dall'art. 1, comma 35 della legge n. 10 del 26.02.2011: "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 dicembre 2010, n. 225, recante proroga di termini previsti da disposizioni legislative e di interventi urgenti in materia tributaria e di sostegno alle imprese e alle famiglie". Si precisa che in Regione Molise non ci sono strutture sanitarie provvisoriamente accreditalenti in attesa di accreditalenti definitivo in quanto tutte le procedure di accreditalenti si sono concluse entro i termini previsti dalla normativa vigente. In merito alle sole strutture socio-sanitarie si precisa che ad oggi sono presenti n.2 strutture accreditalenti provvisoriamente a cui non   stato possibile rilasciare l'accreditalenti definitivo nei termini previsti in quanto non ancora in possesso dei requisiti strutturali previsti dalle normative vigenti regionali e nazionali.

Si segnala inoltre che con DCA n.65/2015 (invio SiVeAS prot_2015_112_A) la Regione Molise ha provveduto al recepimento dell'Intesa n.32 del 19.02.2015 tra Governo, Regioni e Province Autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditalenti delle strutture sanitarie.

In virt  della riconversione/modifica della tipologia di assistenza sanitaria e socio sanitaria del SSR molisano che coinvolge alcuni soggetti privati (*vedi sezione 11 Riequilibrio Ospedale-Territorio*) si render  necessario modificare l'attuale accreditalenti. In ragione di ci  le strutture private interessate ad un processo di modifica dell'attuale struttura di offerta accreditalenti dovranno seguire le procedure gi  indicate nella Legge Regionale n. 18/2012 che regola l'accreditalenti delle strutture private nel SSR molisano. Analogo iter procedurale dovr  essere seguito dalle eventuali nuove strutture private che dovranno accreditalenti.

Tale processo di rettifica/conferma dell'attuale accreditalenti dovr  essere concluso entro e non oltre Marzo 2017.

Accreditalenti Strutture Ospedaliere private

Le Strutture Ospedaliere private, come riportato sopra, risultano, ad oggi, tutte accreditalenti, tuttavia in relazione alla riorganizzazione della rete ospedaliera (*vedi sezione 11 Riassetto della rete Ospedaliera regionale*), nel rispetto della normativa regionale, si render  necessario effettuare un aggiornamento degli accreditalenti in essere. La Regione dall'approvazione del decreto relativo alla riorganizzazione della rete ospedaliera, in relazione alle specificit  individuate per ciascuna Struttura privata (*vedi Allegato 1*), deve provvedere ad attivare l'iter di accreditalenti e ad adottare successivamente i decreti relativi all'aggiornamento. Di seguito si riporta la rappresentazione dello stato attuale e futuro degli accreditalenti.



Status accreditamento strutture private - Assistenza Ospedaliera					
Struttura	Ubicazione	Status Attuale	Decreto accreditamento	Status Futuro	Decreto accreditamento
Fondazione GPII	Campobasso	Accreditata	DCA 21/2011	Aggiornamento	Da adottare
Neuromed	Pozzilli	Accreditata	DCA 22/2011	Aggiornamento	Da adottare
Villa Maria	Campobasso	Accreditata	DCA 23/2011	Aggiornamento	Da adottare
Villa Esther	Bojano	Accreditata	DCA 24/2011	Aggiornamento	Da adottare
GEA Medica (ex IGEA)	Isernia	Accreditata	DCA 25/2011	Aggiornamento	Da adottare
			DCA 06/2012		
			DCA 69/2012		

Tabella 18: Status accreditamento Strutture private - Assistenza ospedaliera

Accreditamento Strutture di Specialistica Ambulatoriale

Le Strutture private di Specialistica, come riportato sopra risultano ad oggi tutte accreditate, tuttavia, in relazione alla riorganizzazione della rete ospedaliera e della rete territoriale (vedi



Stampa
Firma

Riorganizzazione della Rete Territoriale), nel rispetto della normativa regionale, si renderà necessario effettuare un aggiornamento degli accreditamenti in essere. Con riferimento alla rete dei Laboratori, coerentemente con quanto disciplinato dal DCA 41/2015, la Regione dovrà verificare i requisiti di accreditamento posseduti dalle Strutture private e provvedere ad adottare i relativi decreti.

In relazione alle altre Strutture private di Specialistica, la Regione Molise dall'approvazione del decreto relativo alla riorganizzazione delle reti deve provvedere ad attivare l'iter di accreditamento e ad adottare successivamente i decreti relativi all'aggiornamento. Di seguito si riporta la rappresentazione dello stato attuale e futuro degli accreditamenti.

Accreditamento strutture private - Specialistica Ambulatoriale						
Struttura	Ubicazione	Status Attuale	Decreto Accreditamento	Prestazioni Accreditate	Status Futuro	Decreto accreditamento
ATI Via Esther Biolab	Bojano	Accreditata	DCA 51/2011	Lab. Analisi	Aggiornamento	Da adottare
ATI Aretini - De Gregorio - Gravina	Campobasso	Accreditata	DCA 52/2011	Lab. Analisi	Aggiornamento	Da adottare
Società Cooperative Sociali Fortore	Rocca	Accreditata	DCA 49/2011	Lab. Analisi	Aggiornamento	Da adottare
Dr. Bruno Pelladino	Campobasso	Accreditata	DCA 45/2011	Lab. Analisi	Aggiornamento	Da adottare
Dr.ssa Gina Evelina Colella	Campobasso	Accreditata	DCA 43/2011	Lab. Analisi	Aggiornamento	Da adottare
BIOMEDICAL - Campobasso	Campobasso	Accreditata	DCA 42/2011	Lab. Analisi	Aggiornamento	Da adottare
Lab. Analisi GANMA	Termoli	Accreditata	DCA 41/2011	Lab. Analisi	Aggiornamento	Da adottare
ATI Centro Allergologico e Centro medico del Molise	Termoli	Accreditata	DCA 44/2011	Allergologia - Lab. Analisi	Aggiornamento	Da adottare
Centro Diagnostico Mierva	Venafro	Accreditata	DCA 47/2011	Lab. Analisi	Aggiornamento	Da adottare
Biomedical Center s.r.l.	Venafro	Accreditata	DCA 46/2011	Lab. Analisi	Aggiornamento	Da adottare
Dr. Sandro Ficca	Campobasso	Accreditata	DCA 33/2011	Radiologia	Aggiornamento	Da adottare
Donato e Francesco Rutto srl	Campobasso	Accreditata	DCA 34/2011	Radiologia	Aggiornamento	Da adottare
Dr. Gianfranco Carallo	Termoli	Accreditata	DCA 35/2011	Radiologia	Aggiornamento	Da adottare
Centro Medical Center	Termoli	Accreditata	DCA 36/2011	Radiologia	Aggiornamento	Da adottare
Dr. Vincenzo Centritto	Campobasso	Accreditata	DCA 37/2011	Cardiologia	Aggiornamento	Da adottare
Centro Clinico Dr. F. Forte	Venafro	Accreditata	DCA 38/2011	Cardiologia	Aggiornamento	Da adottare
Centro Benessere S. Erasmo	Bojano	Accreditata	DCA 62/2011	Terapia Fisica	Aggiornamento	Da adottare
Medica srl	Campobasso	Accreditata	DCA 55/2011	Terapia Fisica	Aggiornamento	Da adottare
Centro OASIS	Campobasso	Accreditata	DCA 53/2011	Terapia Fisica	Aggiornamento	Da adottare
Rozzafor snc	Campobasso	Accreditata	DCA 54/2011	Terapia Fisica	Aggiornamento	Da adottare
Filosofani di Sassano Berardino	Termoli	Accreditata	DCA 57/2011	Terapia Fisica	Aggiornamento	Da adottare
San Leo di Sassano Berardino	Termoli	Accreditata	DCA 58/2011	Terapia Fisica	Aggiornamento	Da adottare
Venesa	Campobasso	Accreditata	DCA 59/2011	Terapia Fisica	Aggiornamento	Da adottare
Centro di Terapia Fisica Gentile Rosalia	Montenero di B.	Accreditata	DCA 63/2011	Terapia Fisica	Aggiornamento	Da adottare
Maria SS. Di Biscevia	Montenero di B.	Accreditata	DCA 64/2011	Terapia Fisica	Aggiornamento	Da adottare
Rosa Mancini	S. G. di Magliano	Accreditata	DCA 65/2011	Terapia Fisica	Aggiornamento	Da adottare
Fisioterapia Dr. Nerio Zappone	Lamo	Accreditata	DCA 65/2011	Terapia Fisica	Aggiornamento	Da adottare
Fisioter s.r.l. Di Luca	Montecapone	Accreditata	DCA 59/2011	Terapia Fisica	Aggiornamento	Da adottare
Fisioter di Bonifacio	Termoli	Accreditata	DCA 62/2011	Terapia Fisica - Ex Art 26	Aggiornamento	Da adottare
ARS MEDICA	Isernia	Accreditata	DCA 67/2011	Terapia Fisica	Aggiornamento	Da adottare
QUIMETEP	Venafro	Accreditata	DCA 60/2011	Terapia Fisica	Aggiornamento	Da adottare
Dr. Francesco REGULIERI	Venafro	Accreditata	DCA 28/2011	Odontoiatria	Aggiornamento	Da adottare
ATLAS	Isernia	Accreditata	DCA 32/2011	Odontoiatria	Aggiornamento	Da adottare
Dot. Giuseppe Cardarelli	Isernia	Accreditata	DCA 29/2011	Odontoiatria	Aggiornamento	Da adottare
KLES	Termoli	Accreditata	DCA 30/2011	Odontoiatria	Aggiornamento	Da adottare
Ganserra Associati	Campobasso	Accreditata	DCA 31/2011	Odontoiatria	Aggiornamento	Da adottare
Dr. Francesco Laurini	Campobasso	Accreditata	DCA 39/2011	Oculistica	Aggiornamento	Da adottare
ANTHOS	Isernia	Accreditata	DCA 40/2011	Oculistica	Aggiornamento	Da adottare
Istituto Oftalmico Penico	Venafro	Accreditata	DCA 41/2011	Oculistica	Aggiornamento	Da adottare
NEPHROCCARE SPA	Venafro	Accreditata	DCA 27/2011	Emodialisi	Aggiornamento	Da adottare
Istituto Molisano di Riabilitazione INR	Bojano	Accreditata	DCA 61/2011	Terapia Fisica - Ex Art 26	Aggiornamento	Da adottare
Durante - Verolico	Campobasso	Accreditata	DCA 68/2011	Ginecologia	Aggiornamento	Da adottare
Logopedia di Niro Luciano	Campobasso	Accreditata	DCA 69/2012	Ex Art 26	Aggiornamento	Da adottare
Fisiomedica Lorenzina	Toro	Accreditata	DCA 65/2012	Ex Art 26	Aggiornamento	Da adottare
Centro di Riab. L'Incontro	Campobasso	Accreditata	DCA 57/2012	Ex Art 26	Aggiornamento	Da adottare
SAN STEF. AR	Campobasso - Termoli	Accreditata	DCA 67/2012	Ex Art 26	Aggiornamento	Da adottare
Padre Pio Onlus	Campobasso - Termoli	Accreditata	DCA 64/2012	Ex Art 26	Aggiornamento	Da adottare
San Francesco d'Assisi - Padre Alberto Milano	Termoli	Accreditata	DCA 55/2012	Ex Art 26	Aggiornamento	Da adottare
RABILES	Isernia	Accreditata	DCA 65/2012	Ex Art 26	Aggiornamento	Da adottare
CARSIC	Venafro	Accreditata	DCA 68/2012	Ex Art 26	Aggiornamento	Da adottare

Tabella 19: Status accreditamento Strutture private - Area territoriale

Accreditamento Strutture Socio-Sanitarie

La Regione Molise ha avviato e definito nei termini del 31 dicembre 2012 la totalità degli accreditamenti delle Strutture Socio-sanitarie a regime residenziale.

Di seguito si riporta la situazione delle Comunità per pazienti psichiatrici ad alta e media intensità. In relazione all'offerta semiresidenziale si ribadisce la scelta determinata sia dalla domanda sia da dati epidemiologici di non attivare alcuna offerta per le persone con dipendenza patologica.

Per quanto attiene la Salute mentale, si rappresenta come all'interno dei CRP accreditati siano attualmente attivi 32 posti in regime semiresidenziale oltre a quelli garantiti (n. 50) dai Centri Diurni di Campobasso, Isernia e Termoli.

Di seguito si riporta la rappresentazione dello stato attuale degli accreditamenti per l'assistenza socio sanitaria.



Accreditamento strutture private - Socio-sanitarie					
Comunità di Riabilitazione Psicosociale (CRP)					
Struttura	Ubicazione	Posti Letto residenziali	Posti Semiresidenziale	Status Attuale	Decreto Accreditamento
S.C.S.A.I.M.H.A	Agnone	10	3	Accreditata	DCA 80/2012
NUOVE PROSPETTIVE	Busso	10	3	Accreditata	DCA 78/2012
DIALOGO	Campolieto	10	3	Accreditata	DCA 74/2012
NARDACCIONE a.r.l. onlus	Casatelenda	10	3	Accreditata	DCA 86/2012
SCAED	Castellino del Biferno	10	3	Accreditata	DCA 82/2012
S.Co.R.i.M.	Duronia	10	3	Accreditata	DCA 73/2012
CENTRO PER I SERVIZI SOCIALI	Fornelli	10	3	Accreditata	DCA 75/2012
S.Co.R.I.M.A.A. Adl	Frosolone	10	3	Non Accreditata	Entro il 31-08-2016
GIOVANNI FALCONE	Gambatesa	10	3	Accreditata	DCA 81/2012
SEGRETIARIATO PER I SERVIZI SOCIALI	Rocchetta al Volturno	10	3	Accreditata	DCA 72/2012
SANT'AGAPITO MARTIRE	Sant'Agapito	7	2	Accreditata	DCA 79/2012
		3	1	Accreditata	DCA 5/2016
VITTORIO BACHELET	Sepino	10	3	Accreditata	DCA 76/2012
LA VASTESE	Vastogirardi	10	3	Accreditata	DCA 77/2012
Totale		130	39		
Struttura Residenziale a media intensità					
Struttura	Ubicazione	Posti Letto residenziali	Posti Semiresidenziale	Status Attuale	Decreto Accreditamento
Nardacchione a.r.l. onlus	Casatelenda	4		Accreditata	DCA 87/2012
Totale		4			
Centri Diurni					
Struttura	Ubicazione	Posti Letto residenziali	Posti Semiresidenziale	Status Attuale	Decreto Accreditamento
Nardacchione a.r.l. onlus	Campobasso		15	Non Accreditata	Entro il 28-02-2017
I Colori della Vita	Isernia		20	Non Accreditata	Entro il 28-02-2017
Cooperativa Mosaico	Termoli		15	Non Accreditata	Entro il 28-02-2017
Totale			50		
Comunità Terapeutiche per persone Dipendenti da sostanze d'abuso - Comunità a carattere Pedagogico-Riabilitativo					
Struttura	Ubicazione	Posti Letto residenziali	Posti Semiresidenziale	Status Attuale	Decreto Accreditamento
Comunità Terapeutica Molise-La Valle	Toro	20		Accreditata	DCA 84/2012
Comunità Terapeutica Molise- Il Girasole	Rotello	16		Non Accreditata	Entro il 30-09-2016
Associazione FA.CED. Onlus - Il Naos	Termoli	10		Accreditata	DCA 70/2012
Associazione R.E.D - 7 Novembre - RED	Montenero di Bisaccia	23		Accreditata	DCA 85/2012
Associazione R.E.D - 7 Novembre - Il Trigno	Montenero di Bisaccia				
Totale		69			

Tabella 20: Status accreditamento Struttura private - Socio-Sanitarie

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Adeguamento degli accreditamenti in base alle disposizioni previste dal POS 2015-2018	
Indicatori di risultato:	Tempistica
Rimodulazione degli accreditamenti delle Strutture ospedaliere e territoriali in base alle disposizioni dal POS 2015-2018 e dai successivi decreti di attuazione	Entro Marzo 2017
Adeguamento dei posti letto previsti dal POS 2015-2018	Entro Ottobre 2016
Accreditamento Strutture Socio Sanitarie CRP	Entro Agosto 2016
Accreditamento strutture Socio Sanitarie - Centri Diurni	Entro Febbraio 2017
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Ufficio Ospedalità pubblica e privata della Direzione Generale per la Salute	
Ufficio Assistenza territoriale della Direzione Generale per la Salute	



6 Contabilità analitica

6.1 Contabilità analitica

La Regione Molise intende definire un modello di controllo unico che raccolga, elabori, analizzi e monitori i dati contabili e gestionali degli enti del SSR secondo l'articolazione delle strutture organizzative in centri di costo e centri di responsabilità. L'implementazione di tale modello di controllo presuppone omogeneità dei dati e uniformità di procedure amministrativo-contabili e gestionali da cui tali dati sono generati.

In tale contesto la Regione ha programmato l'utilizzo della contabilità analitica a supporto del SSR avvalendosi della possibilità offerta dalla normativa vigente con riferimento alla realizzazione di un intervento finalizzato alla raccolta sistematica dei dati necessari per il governo del disavanzo della spesa nel settore sanitario e per monitorare i Livelli Essenziali di Assistenza, in attuazione delle disposizioni recate dall'art. 79 comma 1 sexies della L. n. 133/2008.

A tal fine, ha provveduto a definire un progetto volto ad implementare la contabilità analitica, attraverso il ricorso al finanziamento previsto dall'art. 79 comma 1 sexies della L. n. 133/2008.

Gli interventi da effettuare in via prioritaria saranno i seguenti:

- Individuazione del Piano dei centri di costo e dei centri di responsabilità;
- Definizione delle procedure di contabilità analitica;
- Definizione delle procedure di quadratura ed allineamento rispetto al sistema di contabilità generale;
- Definizione del sistema di reporting.

6.1.1 Implementazione Contabilità analitica

- **Definizione del modello di contabilità analitica, del Piano dei centri di costo e del Piano dei fattori produttivi:** in relazione a tale azione la Regione entro il 01.01.2017 definirà il modello di contabilità analitica, il Piano dei centri di costo, il Piano dei fattori produttivi e le linee guida per l'alimentazione della contabilità analitica. Coerentemente l'ASReM entro il 28.02.2017 dovrà adottare il nuovo modello di contabilità analitica ed entro il 31.03.2018 dovrà adeguare il proprio sistema informativo per recepire la struttura della nuova contabilità analitica e implementare gli strumenti ed i flussi informativi per alimentare la Co.An.; inoltre, la Regione e l'ASReM dovranno provvedere al rafforzamento del ruolo delle strutture di Controllo di gestione entro il 31.03.2018;
- **Definizione di un sistema di flussi alimentanti la Co.An.:** la Regione entro il 31.03.2018 realizzerà un modello regionale di controllo, attraverso la creazione di flussi aziendali gestionali su consumi di beni sanitari e non, personale dipendente, servizi sanitari e non, provenienti dalla contabilità analitica dell'ASReM;
- **Definizione di un sistema di report per la misurazione dei costi e delle attività:** a partire dal 31.03.2018 la Regione intende attivare, nell'ambito del processo di programmazione e controllo aziendale, la produzione di reportistica periodica, con la rappresentazione di indicatori di sintesi economici e di attività per struttura (UUOO), per monitorare le performance e al contempo di fornire ai responsabili delle strutture un utile strumento di monitoraggio dei propri risultati;
- **Utilizzo della contabilità analitica ai fini della predisposizione dei modelli di rilevazione LA:** le rilevazioni della contabilità analitica, attraverso il piano dei centri di costo, nel periodo 2015-2018, dovranno garantire la costruzione del modello LA. Nello specifico la Regione entro il 31.03.2018 predisporrà un prospetto di riconciliazione tra il modello LA e la contabilità analitica. L'ASReM entro il 31.03.2018 dovrà predisporre il modello LA alimentato direttamente dal flusso di contabilità analitica.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Realizzazione del nuovo modello di Contabilità analitica	
Indicatori di risultato	Tempistica
Definizione e adozione degli strumenti e delle linee guida del nuovo modello di Co.An.	Gennaio 2017
Integrazione del sistema informativo con gli strumenti della nuova Co.An.	Marzo 2018
Definizione dei flussi alimentanti la Co.An.	Marzo 2018
Attivazione di un sistema di reportistica adeguato per il monitoraggio dei costi e dei risultati per centro di costo/responsabilità (UUOD) – Report trimestrali	Marzo 2018
Report quadratura Co.An. Vs LA: scostamento Co.An. – Modello LA < 1%	Marzo 2018
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute, Dirigente responsabile GSA, Dirigente responsabile Flussi Informativi e Controllo di gestione, Direttore Generale ASReM	



7 Rapporti con gli erogatori privati

7.1 Stipula intese e contratti con erogatori privati accreditati

7.1.1 Allineamento budget di spesa in base alla normativa vigente e conseguente sottoscrizione dei contratti.

Il principio che regola il rapporto con gli erogatori privati è basato sull'integrazione dell'offerta pubblico/privato al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza sanitaria. Il fabbisogno di salute stimato per la Regione Molise ha di conseguenza anche determinato una riorganizzazione e riqualificazione del sistema privato dei servizi sanitari, sulla base di criteri che possano garantire prestazioni qualitativamente elevate, appropriate ed efficaci.

I rapporti con gli erogatori privati sono stati fino ad oggi caratterizzati prevalentemente da ritardi nella sottoscrizione degli accordi contrattuali, dalla presenza di un elevato contenzioso e da una scarsa governance nei rapporti con le strutture.

Nella volontà di dare seguito a quanto definito dalla normativa vigente a livello nazionale, alle osservazioni emerse dai Tavoli di Verifica e alla nuova configurazione delle reti assistenziali, la Regione Molise dovrà rimodulare i propri obiettivi in materia di acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati con il SSR, stabilendo per il periodo di operatività del presente Programma Operativo Straordinario che:

- venga assorbita una buona parte della mobilità passiva extra regionale (almeno il 40%);
- persegua e mantenga un riequilibrio della rete clinico ospedaliera che eviti sovrapposizioni ed inefficienti ridondanze nell'offerta che dovrà differenziarsi affinché ci sia un corretto soddisfacimento della domanda interna e un contenimento degli indici di fuga;
- i budget per l'acquisto di prestazioni ospedaliere e territoriali per gli anni 2015 e successivi rispettino le indicazioni e i limiti previsti dalla Legge n°135/2012 "Spending Review" e s.m.i e tutelino le eccellenze delle strutture, in particolare nella loro capacità di attrarre pazienti da altre regioni (quota di mobilità attiva);
- gli importi definiti nei budget e nei tetti siano al lordo delle compartecipazioni e del ticket sanitario;
- la sottoscrizione degli accordi avvenga entro le scadenze programmate per ciascun esercizio di riferimento;
- il tetto di remunerazione sia stabilito come invalicabile, sia per le prestazioni rese ai residenti in Molise, sia per i residenti in altre regioni.

In merito allo stato dei rapporti con le strutture private accreditate, Neuromed e Fondazione G.P. Il, la Regione ha sottoscritto:

- i contratti per l'anno 2015 per l'acquisto delle prestazioni di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica;
- gli accordi per la rinuncia dei contenziosi e il riconoscimento del saldo debitorio nei confronti delle due Strutture.

Con riferimento alla sottoscrizione dei contratti per l'anno 2015, per l'acquisto di prestazioni ospedaliere e di specialistica, in data 14.12.2015 sono stati sottoscritti i contratti, trasmessi ai competenti Ministeri in data 28.12.2015 (invio SIVEAS prot.n. 132_2015_A).

In relazione alla sottoscrizione dei contratti per il triennio 2016-2018, con DCA n. 8 del 02.02.2016, nelle more della predisposizione e sottoscrizione dei nuovi contratti con le due strutture private accreditate, sono stati prorogati i termini e le condizioni del contratto 2015 a valere sull'anno 2016. Si fa presente, che ad oggi non sono ancora stati sottoscritti i contratti per il triennio 2016-2018, in quanto per l'IRCSS Neuromed si è in attesa della chiusura degli "Accordi di confine" mentre per la Fondazione G.P. Il si è in attesa di completare il percorso d'integrazione con l'Ospedale A. Cardarelli.



INDICATORI	
Risultati programmatici	
Definizione dei tetti di spesa 2015, 2016 e 2017 in linea con le indicazioni contenute nel D.L n°95/2012, come convertito nella L.135/2012, con le indicazioni contenute nel Programma Operativo 2015-2018 e con le necessità di fabbisogno sanitario, salvaguardia delle eccellenze in termini di attrattività delle strutture nonché in relazione ai volumi di produzione erogati nell'anno precedente	
Miglioramento dell'accuratezza e della completezza dei flussi informativi previsti e rispetto delle tempistiche stabilite a livello regionale	
Riduzione delle voci di spesa inerenti l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati	
Miglioramento dell'appropriatezza clinica delle prestazioni erogate dagli erogatori privati accreditati	
Indicatori di risultato	Tempistica
Emanazione decreti per tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati per assistenza ospedaliera e assistenza specialistica ambulatoriale per il 2017	Marzo 2017
Emanazione decreti per tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati per assistenza ospedaliera e assistenza specialistica ambulatoriale per il 2018	Marzo 2017
Sottoscrizione contratti di acquisto delle prestazioni con gli erogatori privati accreditati per l'anno 2017	Marzo 2017
Sottoscrizione contratti di acquisto delle prestazioni con gli erogatori privati accreditati per l'anno 2018	Marzo 2017
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Ufficio per l'Ospedalità pubblica e privata	
Ufficio per l'assistenza territoriale	
Direttore Generale ASReM	



8 Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi

8.1 Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi

Il programma deve realizzare i seguenti obiettivi:

- ▣ attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (D.L. 95/2012, Legge 190/2014, DL 78/2015).

8.1.1 Attuazione Spending Review (D.L. 95/2012, Legge 190/2014 e DL 78/2015)

Nell'ambito delle attività di razionalizzazione della spesa di beni e servizi, l'ASReM continuerà l'applicazione dei tagli stabiliti dalla dal D.L. 95/2012 (c.d. Spending Review).

In particolare, l'attuazione del D.L. 95/2012 si espliciterà nelle azioni richiamate dall'art. 15 comma 13:

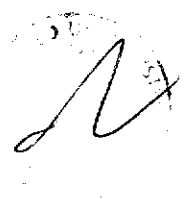
- ▣ l'art. 15, comma 13, lettera a) della norma prevede che “[...] *gli importi e le connesse prestazioni relative a contratti in essere di appalto di servizi e di fornitura di beni e servizi, con esclusione degli acquisti dei farmaci, stipulati da Aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale, sono ridotti del 5% a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto per tutta la durata dei contratti medesimi; tale riduzione per la fornitura di dispositivi medici opera fino al 31 dicembre 2012*”;
- ▣ l'art. 15, comma 13, alla lettera b), dispone invece che “*qualora sulla base dell'attività di rilevazione di cui al presente comma, nonché sulla base delle analisi effettuate dalle Centrali regionali per gli acquisti anche grazie a strumenti di rilevazione dei prezzi unitari corrisposti dalle Aziende Sanitarie per gli acquisti di beni e servizi, emergano differenze significative dei prezzi unitari, le Aziende Sanitarie sono tenute a proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti che abbia l'effetto di ricondurre i prezzi unitari di fornitura ai prezzi di riferimento come sopra individuati, e senza che ciò comporti modifica della durata del contratto. In caso di mancato accordo, entro il termine di 30 giorni dalla trasmissione della proposta, in ordine ai prezzi come sopra proposti, le Aziende Sanitarie hanno il diritto di recedere dal contratto senza alcun onere a carico delle stesse, e ciò in deroga all'articolo 1671 del codice civile. Ai fini della presente lettera per differenze significative dei prezzi si intendono differenze superiori al 20 per cento rispetto al prezzo di riferimento*”.

L'ASReM già nel 2015 ha avviato una importante attività di contenimento della spesa per beni e servizi attraverso iniziative mirate sia alla verifica dell'appropriatezza dei consumi e dell'erogazione dei servizi sia, ove possibile, alla riduzione dei prezzi.

Nello specifico si riportano le principali azioni:

Contenimento spese manutenzione degli immobili, delle apparecchiature ed energia

L'ASReM nel 2015 con l'UOC Ufficio Tecnico ha avviato delle azioni specifiche sulle singole manutenzioni, soprattutto sugli immobili e sull'impiantistica. È stata, infatti, implementata un'attenta razionalizzazione degli interventi manutentivi ordinari sulle strutture immobiliari ed impianti correlati, che unitamente alle azioni di Spending Review sta comportando per l'anno in corso un risparmio superiore al 10% rispetto al 2014 e quantificabile in circa 1 €/mln. Analoghe iniziative sono state intraprese per la gestione della manutenzione delle apparecchiature elettromedicali che, grazie ad un'attenta programmazione degli interventi, ha portato ad un risparmio pari a circa 0,9 €/mln rispetto al 2014. Inoltre, sul fronte della spesa energetica (gas), grazie ad importanti interventi di innovazione tecnologica presso le centrali termiche dei presidi di Isernia, Venafro e Termoli, si è ottenuta una diminuzione dei consumi nell'anno in corso.



Iniziative su importanti forniture di Beni Sanitari quali: presidi chirurgici, protesi, pacemaker, reagenti di laboratorio, materiali per emodialisi, pellicole radiografiche, ecc.

Nel primo semestre 2015, a seguito di specifiche verifiche ed azioni sugli acquisti di importanti categorie di beni sanitari (quali ad esempio presidi chirurgici, protesi, pacemaker, reagenti di laboratorio, materiali per emodialisi, pellicole radiografiche) si è assistito ad una riduzione della spesa ad essi associata. A tal proposito, infatti, la UO Provveditorato di ASReM, nel periodo gennaio-settembre 2015, ha svolto circa 342 procedure di gara (soprattutto su dispositivi medici, materiali protesici, strumentario, materiali diagnostici di vario genere, ecc.) che hanno comportato rilevanti risparmi, pari quasi al 15%, essendo state le stesse condotte attraverso una più precisa individuazione dei fabbisogni in termini quantitativi.

In particolare con riferimento ai dispositivi medici sono stati rilevati importanti risparmi quantificabili nell'anno in corso in circa 4,7 €/mln. Infatti, l'ASReM ha intrapreso importanti iniziative volte a:

- uniformare le tipologie tra le varie realtà ospedaliere aziendali (attraverso la costituzione di un apposito Gruppo di Lavoro);
- razionalizzare in maniera precisa i quantitativi da acquistare;
- attivare le gare.

Contenimento spese Servizi Sanitari e Non Sanitari

Nei primi mesi del 2015 sono state condotte iniziative di contenimento e riduzione della spesa su importanti voci di Servizi Sanitari e non Sanitari. Di seguito le principali azioni:

- Fornitura di ausili per l'incontinenza a domicilio degli assistiti (atto deliberativo n. 411 del 18.06.2015 - All.6) - L'ASReM ha 7.000 utenti a domicilio che usufruiscono di tale servizio. La spesa storica dell'anno 2014 è stata pari a 2,8 €/mln (IVA compresa), sulla base di un prezzo giornaliero pro assistito di 0,9396 Euro (oltre IVA). La valutazione della Direzione Aziendale ASReM su tale servizio ha permesso di evidenziare un notevole livello di inappropriatazza con forniture agli utenti mediamente molto più elevate rispetto agli standard ministeriali. La riverifica ha portato più correttamente a suddividere gli utenti in tre fasce di incontinenza (bassa, media e alta) e ad individuare nel 30% la riduzione dei fabbisogni appropriati e corretti con una riduzione della spesa conseguente all'applicazione di una tariffa giornaliera pari a 0,6578 Euro (oltre IVA). Tale iniziativa ha portato ad un risparmio di 0,720 €/mln annui dei quali il 50% sarà già evidente nel Bilancio 2015 in quanto l'applicazione della nuova tariffa giornaliera è entrata in vigore già a partire dal 01.07.2015.
- Fornitura di ausili extra nomenclatore tariffario (atto deliberativo n. 419 del 25.06.2015) – la spesa storica per tale fornitura è stata pari a circa 0,2 €/mln annui (IVA compresa). Per tali ausili è stata indetta ed aggiudicata apposita gara che potrà consentire il conseguimento di una riduzione della spesa del 22% pari a 0,156 €/mln annui (IVA compresa).
- Assistenza Domiciliare Integrata – l'ASReM da molti anni effettua il servizio di Assistenza Domiciliare, su 3.900 pazienti, attraverso tre cooperative sociali su tre ambiti territoriali. La spesa annua del 2014 è stata pari a 8,2 €/mln. Il servizio viene svolto con un pagamento a prestazione su un tariffario concordato con le cooperative negli anni precedenti. L'analisi della situazione ha portato ad individuare elevati tassi di inappropriatazza e, pertanto, unitamente ai distretti, si è attivata un'attenta azione di verifica del rispetto degli standard ministeriali che ha portato a suddividere correttamente l'ADI in tre fasce di complessità (alta, media e bassa) e a separare dalla stessa le cure prestazionali. Successivamente si è proceduto ad indicare i minuti corretti per le prestazioni dei tre livelli di complessità di ADI delle cure prestazionali. Si è trattato, pertanto, di una riorganizzazione totale del servizio in senso *Spending Review*, che ha visto concordati le tre aziende cooperative, e che consentirà il conseguimento, a partire dal 01.08.2015 di un risparmio nel periodo pari a circa 1,9 €/mln.
- Servizio di Pulizie – i locali delle strutture dell'ASReM vedono il servizio delle pulizie appaltato a quattro società fornitrici. I prezzi unitari corrisposti risultano essere inferiori al valore di riferimento nazionale pubblicati dall'Autorità di Vigilanza. La spesa annua del 2014 è stata pari a 4,6 €/mln. È stata avviata ed è in corso una importate azione di *Spending Review* attraverso l'UOC Ufficio Tecnico e le direzioni sanitarie ospedaliere sulla riclassificazione delle aree da pulire in relazione al grado di rischio. Questa operazione porterà ad una riduzione della spesa su base annuale pari al 5-10% della spesa 2014.



- Servizio di Ristorazione – l’Azienda ha avviato una importante attività di verifica del servizio di ristorazione in termini di numero e tipologia di pasti consegnati. In particolare, sul presidio di Campobasso, ha provveduto a verificare la correttezza del ricorso alle diete speciali che ammontavano al 50% circa del totale dei pasti ordinati con un costo unitario di circa il 15% in più rispetto alla dieta normale. Sulla base di tali analisi e sulle azioni intraprese e da intraprendere, l’Azienda stima un risparmio annuo del 5% circa sulla spesa complessiva del 2014.
- Servizio di Lavanolo – l’Azienda ha avviato una importante attività di analisi del servizio di lavanolo con particolare riferimento alla razionalizzazione della spesa relativa al noleggio dei materassi antidecubito e alla disinfezione della biancheria infetta. Tale azione, come emerso dall’ultimo monitoraggio effettuato al 30/09/2015, sta determinando un significativo recupero della spesa quantificabile a fine anno 2015 a circa 1,4 €/mln.
- Tra le ulteriori iniziative avviate dall’Azienda si ricordano l’adesione ad alcune convenzioni Consip relative alla telefonia mobile ed al noleggio auto e la rinegoziazione di alcuni contratti di servizi non sanitari quali ad esempio il sistema informativo amministrativo aziendale che consentiranno il conseguimento di ulteriori risparmi.
- Altri servizi non sanitari – nell’anno 2015 è stata avviata una importante attività di razionalizzazione sul servizio di sterilizzazione ferri chirurgici, affidato a società esterna, per i PP.OO. di Isernia e Venafro, con una risparmio quantificabile in circa 1 €/mln.

Provvedimenti ASReM di contenimento della spesa di beni e servizi

L’ASReM ha adottato specifici provvedimenti che hanno determinato un impatto sulla spesa 2015 e che permetteranno di conseguire ulteriori risparmi per gli anni successivi. Di seguito si riportano i principali provvedimenti:

- Servizio di assistenza sanitaria Hospice Larino - Provvedimento DG n. 451 del 30.06.2015: Proroga del contratto in essere con riduzione del canone giornaliero del 5% a partire dal 1 luglio 2015.
- Servizio di Assistenza alla persona RSA di Larino – Provvedimento DG n. 497 del 23.07.2015: Riorganizzazione del servizio in conformità delle linee guida ministeriali e proroga contratto con aumento delle ore annue di assistenza alla persona dal 1 agosto 2015.
- Servizio trasporto pazienti dializzati (Isernia e Venafro) – Provvedimento DG. n.496 del 23.07.2015: Proroga del contratto alle nuove condizioni migliorative (sconto del 2% dal 1 luglio 2015 sul canone annuo previsto in contratto).
- Adesione accordo quadro Consip per “Service Dialisi” – Provvedimento DG n. 22 del 15.01.2015: adesione all’accordo quadro Consip con un risparmio annuo di circa 0,440 €/mln rispetto ai costi sostenuti nell’anno 2014.
- Adesione convenzione Consip per la fornitura di presidi per l’autocontrollo della glicemia – Provvedimento DG n. 209 del 27.03.2015: il costo delle strisce per la determinazione della glicemia Accu-check passa dal prezzo attuale di € 0,37 al prezzo fissato per la convenzione pari a € 0,153 mentre il prezzo per le lancette pungidito passa da € 0,05 a € 0,023.
- Adesione convenzione Consip per telefonia mobile – Provvedimento DG n. 355 del 29.07.2015: l’adesione alla convenzione Consip “Telefonia mobile 6” prevede una riduzione dei costi sia fissi (è stato eliminato il canone mensile di € 0,5 bimestrale per ogni sim) che a tariffa (è stato ridotto il costo delle chiamate verso la rete mobile da € 0,038 a minuto a 0,017).
- Fornitura a domicilio Ausili per l’incontinenza degli assistiti – Provvedimenti DG n. 376 del 04.06.2015 e n. 599 del 31.08.2015: riduzione dei fabbisogni inappropriati e applicazione di una nuova tariffa giornaliera parametrata su tre fasce (bassa, media, alta) dal 1 luglio 2015 con uno sconto del 30% del costo giornaliero per assistito (€ 0,6578 giornaliero a fronte dell’attuale prezzo di € 0,9396).
- Fornitura di ausili extra nomenclatore tariffario – Provvedimento DG n. 419 del 25.06.2015: aggiudicazione nuova gara di appalto con riduzione della spesa storica di circa il 22%.
- Servizi di pulizia, di ristorazione, vigilanza, accoglienza e CUP – provvedimento DG 268 del 29.04.2015: con il provvedimento n. 268/2015 è stata applicata la riduzione del 10% sui contratti vigenti. Inoltre la Direzione



ha avviato delle iniziative gestionali: 1) verifica e riclassificazione delle aree interessate dal servizio di pulizia in relazione al grado di rischio; 2) linee guida e disposizioni ai DS di presidio ospedaliero per un controllo più rigoroso sulla corretta erogazione del servizio di fornitura pasti a degenti, in particolare per quanto concerne le diete speciali.

- Servizio sistema informativo aziendale – Provvedimento DG n. 377 del 04.06.2015: rinnovo contratto, come da previsione in sede di gara, per la gestione del sistema informativo amministrativo aziendale e rinegoziazione prezzo con uno sconto del 10%.
- Contratti per forniture varie – Provvedimenti DG n. 376 del 04.06.2015 e n. 599 del 31.08.2015: riduzione dei prezzi unitari (sconto) su alcuni prodotti e richiesta emissione note di credito ai fornitori sulle somme eventualmente già fatturate con i vecchi prezzi.

Pianificazione pluriennale sugli acquisti

Già nel corso del 2015, l'ASReM si è impegnata ad eliminare i contratti relativi all'acquisto di beni e servizi in regime di proroga, dando avvio all'attività di centralizzazione ed unificazione dei contratti in essere attraverso l'espletamento di gare uniche.

La Regione Molise in ragione dell'attuale situazione, anche al fine di poter esercitare un maggiore controllo della spesa in ambito sanitario, con Legge Regionale del 04 maggio 2015, n.8, art. 22 ha istituito la Centrale Unica di Committenza regionale (di seguito Centrale Unica) per la gestione di procedure contrattuali e di appalto, per la realizzazione di lavori pubblici e l'acquisizione di beni e servizi, a favore anche degli enti del Servizio Sanitario Regionale.

Nello specifico, l'ASReM con Provvedimento DG n. 582 del 27.08.2015, ha provveduto ai seguenti adempimenti:

- comunicazione alla Centrale Unica Regionale sulla situazione dei contratti in essere e delle prossime scadenze contrattuali;
- trasmissione alla centrale unica di committenza regionale di alcuni capitolati tecnici per l'attivazione di nuove procedure di gara.

Nel corso del periodo di vigenza del presente Programma Operativo Straordinario si prevede l'attivazione e conclusione di procedure di gare di appalto per diverse categorie merceologiche.

Di seguito si riportano per il periodo considerato i risparmi derivanti dalle manovre di *Spending Review* e dalla pianificazione degli acquisti attraverso le gare e/o adesione alle convenzioni Consip. Le manovre hanno prodotto e produrranno effetti sui beni e servizi compresi alcuni servizi sanitari rientranti nella categoria delle "Altre prestazioni da privato". Per le annualità successive al 2015, il dato di risparmio atteso, associato a ciascuna iniziativa, è da intendersi come ulteriore economia da conseguire nell'anno rispetto a quanto già atteso per le precedenti annualità.

Proiezione Ponderata Anno 2015		
Iniziativa	Risparmio atteso nell'anno (€)	Razionali di stima del risparmio annuo atteso
Iniziative su importanti forniture di Beni Sanitari	€ 3.462.000,00	Applicazione della Spending Review e contenimento degli sprechi
Contrazione utilizzo impiantabili attivi	€ 1.069.000,00	Applicazione della Spending Review e contenimento degli sprechi
contenimento spesa Prodotti chimici	€ 1.216.344,44	Applicazione della Spending Review e contenimento degli sprechi
contenimento spesa Materiali e prodotti per uso veterinario	€ 10.033,33	Applicazione della Spending Review e contenimento degli sprechi
contenimento spesa Prodotti alimentari	€ 62.666,67	Applicazione della Spending Review e contenimento degli sprechi
contenimento spesaMateriali di guardaroba, di pulizia e di convivenza	€ 93.000,00	Applicazione della Spending Review e contenimento degli sprechi
contenimento spesa Combustibili, carburanti e lubrificanti	€ 676.000,00	Applicazione della Spending Review e contenimento degli sprechi
contenimento spesaSupporti informatici e cancelleria	€ 36.666,67	Applicazione della Spending Review e contenimento degli sprechi
Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata	€ 935.000,00	Applicazione della Spending Review e contenimento degli sprechi
Servizio di Lavanderia	€ 1.311.000,00	Applicazione della Spending Review e contenimento degli sprechi
Servizio di Ristorazione	€ 159.000,00	Applicazione della Spending Review e contenimento degli sprechi
UtENZE telefoniche	€ 123.000,00	Applicazione della Spending Review e contenimento degli sprechi
Altri servizi non sanitari da privato	€ 1.314.000,00	Applicazione della Spending Review e contenimento degli sprechi
Contenimento della spesa di manutenzione degli immobili	€ 624.000,00	Applicazione della Spending Review e contenimento degli sprechi
Contenimento della spesa di manutenzione delle apparecchiature	€ 1.242.000,00	Applicazione della Spending Review e contenimento degli sprechi
Contenimento altre spese di manutenzione	€ 36.333,33	Applicazione della Spending Review e contenimento degli sprechi
Contenimento altre spese di manutenzione	€ 77.333,33	Applicazione della Spending Review e contenimento degli sprechi
Totale	€ 12.447.377,78	

Tabella 21: Azioni programmate da ASReM per l'anno 2015

Con specifico riferimento all'anno 2016, le azioni avviate nel 2015 inizieranno a manifestarsi e a pesare anche nell'anno 2016, con un beneficio pari a circa 3 €/mln.

Per l'anno 2016 sono previste numerose azioni sulle voci di spesa che porteranno ad ulteriori benefici rispetto alla spesa sostenuta nel 2015 quali principalmente:

- riduzione sulla spesa dei Dispositivi medici, particolarmente per una riduzione prevista sui prezzi del materiale protesico e cardiologico, pari a 1,289 €/mln;
- riduzione del 5% sul Servizio ADI (Prestazioni Socio sanitarie) per via di una riorganizzazione in corso, pari a 0,507 €/mln;
- riduzione del 5% sulla spesa per ausili-stampelle, carrozzelle ecc. (Assistenza protesica) per via di una riorganizzazione in corso, pari a 0,353 €/mln;
- riduzione sulla spesa per il servizio di sterilizzazione dei ferri chirurgici (Altri servizi non sanitari da privato) per via di una riorganizzazione in corso, pari a 0,147 €/mln.

In relazione alle valutazioni effettuate sui contratti ancora in proroga nell'anno 2015 e sulla base delle iniziative che si porranno in essere nel periodo 2016-2018, è stata effettuata una previsione delle gare di appalto da avviare già nell'anno 2016 su forniture e servizi, nonché l'adesione a convenzioni Consip. Considerata la frammentarietà dei contratti in essere è stata effettuata una stima dei benefici che possono derivare dalla centralizzazione degli acquisti con le gare di appalto.

I risparmi ipotizzabili dalle gare derivano dai seguenti elementi:

- riclassificazione ed omogeneizzazione delle categorie merceologiche in essere presso l'ASreM effettuata nell'anno 2015, che permetterà di determinare oltre a fabbisogni certi, anche la definizione di lotti per categorie merceologiche omogenee per le gare ad evidenza pubblica, garantendo una maggiore partecipazione dei fornitori e la possibilità di aggiudicare a prezzi più convenienti;
- determinazione dei fabbisogni attraverso un'attenta valutazione delle categorie merceologiche e quindi definizione dei corretti quantitativi delle forniture. Ciò determinerà una concentrazione degli acquisti, (economie di scala e sconti) e una migliore gestione delle forniture e dei consumi e una contrazione degli sprechi.

Di seguito si riportano le manovre e la valorizzazione dei risparmi che si prevedono nel triennio 2016-2018.



Anno 2016		
Iniziativa	Risparmio atteso nell'anno (€)	Razionali di stima del risparmio annuo atteso
Fornitura Pellicole radiografiche	€ 37.500	Stima di un risparmio pari al 15% della spesa attuale conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara da parte dell'ASReM, della Centrale di Committenza Regionale o di adesione a Convenzione Consip
Servizio di Ristorazione	€ 80.000	Stima di un risparmio pari al 12% della spesa attuale conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara, tenendo conto dei prezzi medi di mercato e ad una razionalizzazione del fabbisogno relativamente alle diete speciali (Spending Review)
Servizio di Vigilanza e portierato	€ 175.000	Stima di un risparmio pari al 30% della spesa attuale, tenendo conto dei prezzi medi di mercato, conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara o all'adesione a Convenzione Consip
Servizio di accoglienza, CUP-Pass	€ 27.083	Stima di un risparmio pari al 5% della spesa attuale conseguente ad una revisione del numero delle postazioni in corso da considerarsi nella procedura pubblica di gara
Servizio accalappiamento cani e gatti	€ 16.200	Stima di un risparmio pari al 15% della spesa attuale conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara (gara in corso), tenendo conto dei prezzi medi di mercato
Servizio di nutrizione enterale a domicilio	€ 50.000	Stima di un risparmio della spesa attuale conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara, tenendo conto dei prezzi medi di mercato e alla razionalizzazione del servizio con recupero delle inapproprietezze già rilevate
Servizio di Assistenza pazienti psichiatrici del Centro psichiatrico diurno di Termoli	€ 7.646	Stima di un risparmio pari al 5% della spesa attuale conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara (in coerenza con la Spending Review realizzata e tenendo conto del fatto che la spesa è determinata essenzialmente da manodopera)
Servizio di Ingegneria Clinica	€ 6.250	Stima di un risparmio pari al 10% della spesa attuale conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara definendo il prezzo base di gara coerente con il raggiungimento di detto obiettivo
Manutenzione apparecchiature elettromedicali	€ 112.500	Stima di un risparmio pari al 15% della spesa attuale conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara tenendo conto dei prezzi medi
Fornitura in service di reagenti di laboratorio per analisi	€ 175.000	Stima di un risparmio pari al 10% della spesa attuale conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara tenendo conto dei prezzi medi di mercato
Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata	€ 507.000,00	Stima di un risparmio pari al 5% sul servizio ADI, per via della riorganizzazione in corso.
Fornitura di defibrillatori impiantabili	€ 171.875	Stima di un risparmio pari al 25% della spesa attuale conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara tenendo conto dei prezzi di aggiudicazione della gara appena conclusa dalla centrale di acquisto
Fornitura di pacemaker	€ 63.021	
Fornitura di protesi oculari e materiale protesico	€ 17.208	
Fornitura mezzi di contrasto	€ 29.167	Stima di un risparmio pari al 10% della spesa attuale conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara tenendo conto dei prezzi medi di mercato
Fornitura reagenti per anatomia patologica	€ 25.000	
Sistemi per il laboratorio di analisi	€ 7.679	
Fornitura di medicazioni avanzate	€ 25.000	Stima di un risparmio pari al 15% della spesa attuale conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara tenendo conto dei prezzi medi di mercato e recuperando elementi di inapproprietezza già verificati
Servizio di Lavanderia	€ 76.000	Stima di un risparmio pari al 5% sul servizio, per via della riorganizzazione in corso.
Servizio di Pulizie	€ 41.667	Stima di un risparmio pari al 10% della spesa attuale conseguente alla razionalizzazione del fabbisogno mediante la corretta riclassificazione delle aree secondo il grado di rischio. Il prezzo attualmente corrisposto è inferiore ai riferimenti nazionali. Si prevede la possibile adesione a Convenzione Consip. Spending Review in corso
Fornitura buoni pasto	€ 8.333	
Fornitura carte carburanti su automezzi di proprietà	€ 2.042	La fornitura attualmente è acquistata attraverso l'adesione a Convenzione Consip. E' possibile prevedere un risparmio pari al 5% della spesa attuale conseguente all'adesione alla nuova Convenzione Consip, tenendo conto dei prezzi medi di mercato
Manutenzione centrali telefoniche	€ 6.250	
Fornitura di farmaci e vaccini	€ 60.733	Stima di un risparmio pari al 2% della spesa attuale. I prezzi attualmente corrisposti già derivanti da una procedura ad evidenza pubblica sono in linea con i prezzi di mercato
Fornitura di presidi e Materiali Sanitari vari (Dispositivi medici)	€ 362.000	Stima di un risparmio pari al 7% della spesa dei dispositivi medici, tenendo conto dei prezzi medi di mercato e razionalizzazione dei fabbisogni
Fornitura di defibrillatori impiantabili	€ 140.625	Stima di un risparmio pari al 25% della spesa attuale conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara tenendo conto dei prezzi di aggiudicazione della gara appena conclusa dalla centrale di acquisto della Regione Lazio
Fornitura di pacemaker	€ 228.229	
Assistenza protesica da privato	€ 353.000	Stima di un risparmio pari al 5% sulla spesa per gli ausili-stampalle, carrozzelle ecc. per via di una riorganizzazione in corso, per via della riorganizzazione in corso.
Fornitura di ausili per incontinenti e distribuzione a domicilio	€ 189.000	Stima di un risparmio della spesa attuale conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara e rivisitazione corretta dei quantitativi degli ausili prescrivibili a ciascun assistito in relazione alla patologia (lieve, media o grave incontinenza) in base all'accordo di Spending Review già acquisito nell'anno 2015
Altri servizi non sanitari	€ 147.000	Stima di un risparmio pari al 5% sulla spesa per il servizio di sterilizzazione dei ferri chirurgici per via di una riorganizzazione in corso.
Totale	€ 3.148.008	

Tabella 22: Azioni programmate da ASReM per l'anno 2016



Anno 2017		
Iniziativa	Risparmio atteso nell'anno (€)	Razionali di stima del risparmio annuo atteso
Fornitura Pellicole radiografiche	€ 52.500	Stima di un risparmio pari al 15% della spesa attuale conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara da parte dell'ASReM, della Centrale di Committenza Regionale o di adesione a Convenzione Consip
Servizio di Ristorazione	€ 222.000	Stima di un risparmio pari al 12% della spesa attuale conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara, tenendo conto dei prezzi medi di mercato e ad una razionalizzazione del fabbisogno relativamente alle diete speciali (Spending Review)
Servizio di Vigilanza e portierato	€ 55.000	Stima di un risparmio pari al 30% della spesa attuale, tenendo conto dei prezzi medi di mercato, conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara o all'adesione a Convenzione Consip
Servizio di accoglienza, CUP-Pass	€ 5.417	Stima di un risparmio pari al 5% della spesa attuale conseguente ad una revisione del numero delle postazioni in corso da considerarsi nella procedura pubblica di gara
Servizio di nutrizione enterale a domicilio	€ 210.000	Stima di un risparmio pari al 20% della spesa attuale conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara, tenendo conto dei prezzi medi di mercato e alla razionalizzazione del servizio con recupero delle inapproprietezze già rilevate
Servizio di Assistenza pazienti psichiatrici del Centro psichiatrico diurno di Termoli	€ 10.704	Stima di un risparmio pari al 5% della spesa attuale conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara (in coerenza con la Spending Review realizzata e tenendo conto del fatto che la spesa è determinata essenzialmente da manodopera)
Servizio di Ingegneria Clinica	€ 8.750	Stima di un risparmio pari al 10% della spesa attuale conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara definendo il prezzo base di gara coerente con il raggiungimento di detto obiettivo
Fornitura in service di reagenti di laboratorio per analisi	€ 125.000	Stima di un risparmio pari al 10% della spesa attuale conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara tenendo conto dei prezzi medi di mercato
Fornitura di protesi oculari e materiale protesico	€ 24.092	Stima di un risparmio pari al 10% della spesa attuale conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara tenendo conto dei prezzi medi di mercato
Fornitura mezzi di contrasto	€ 40.833	
Fornitura in service di reagenti per centro trasfusionale	€ 140.000	
Fornitura reagenti per anatomia patologica	€ 35.000	
Sistemi per il laboratorio di analisi	€ 10.751	
Fornitura di medicazioni avanzate	€ 35.000	Stima di un risparmio pari al 15% della spesa attuale conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara tenendo conto dei prezzi medi di mercato e recuperando elementi di inapproprietezza già verificati
Servizio di Pulizie	€ 338.333	Stima di un risparmio pari al 10% della spesa attuale conseguente alla razionalizzazione del fabbisogno mediante la corretta riclassificazione delle aree secondo il grado di rischio. Il prezzo attualmente corrisposto è inferiore ai riferimenti nazionali. Si prevede la possibile adesione a
Fornitura buoni pasto	€ 11.667	La fornitura attualmente è acquistata attraverso l'adesione a Convenzione Consip. E' possibile prevedere un risparmio pari al 5% della spesa attuale conseguente all'adesione alla nuova Convenzione Consip, tenendo conto dei prezzi medi di mercato
Fornitura carte carburanti su automezzi di proprietà	€ 2.858	Stima di un risparmio pari al 2% della spesa attuale. I prezzi attualmente corrisposti già derivanti da una procedura a evidenza pubblica sono in
Manutenzione centrali telefoniche	€ 8.750	
Fornitura di farmaci e vaccini	€ 145.333	
Fornitura di farmaci e vaccini	€ 258.333	
Fornitura di protesi ortopediche e materiale protesico	€ 290.600	
Fornitura di protesi chirurgiche e vascolari e materiali protesici	€ 54.000	Stima di un risparmio pari al 20% della spesa attuale conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara tenendo conto dei prezzi medi
Fornitura di ausili per incontinenti e distribuzione a domicilio	€ 190.000	Stima di un risparmio della spesa attuale conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara e rivisitazione corretta dei quantitativi degli ausili prescrivibili a ciascun assistito in relazione alla patologia (lieve, media o grave incontinenza) in base all'accordo di Spending Review già acquisito nell'anno 2015
Servizio di nutrizione parenterale a domicilio	€ 144.113	Stima di un risparmio pari al 10% della spesa attuale conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara tenendo conto dei prezzi medi di mercato
Fornitura carta e toner per fotocopiatrici e stampanti	€ 15.600	Stima di un risparmio pari al 10% della spesa attuale conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara tenendo conto dei prezzi medi
Manutenzione su autovetture e ambulanze di proprietà	€ 9.120	
Servizio di minuto mantenimento edile, facchinaggio interno ed esterno	€ 87.259	Stima di un risparmio pari al 10% della spesa attuale conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara considerando la prevalenza della spesa per la manodopera
Fornitura di materiale per dialisi peritoneale	€ 15.417	Stima di un risparmio pari al 10% della spesa attuale conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara tenendo conto dei prezzi medi di mercato
Servizio di assistenza socio-sanitaria presso il Centro diurno Alzheimer	€ 8.042	
Servizio di raccolta e smaltimento rifiuti speciali	€ 100.000	Stima di un risparmio pari al 20% della spesa attuale conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara o alla possibile adesione ad una Convenzione Consip tenendo conto dei prezzi medi di mercato e l'incremento dei quantitativi di rifiuti speciali bruciati nel forno inceneritore del PO Cardarelli a partire da Giugno 2015
Servizio telefonia fissa e mobile	€ 41.250	La fornitura attualmente acquistata attraverso adesione a Convenzione Consip. E' possibile prevedere un risparmio pari al 5% della spesa attuale conseguente all'adesione alla nuova Convenzione Consip, tenendo conto dei prezzi medi di mercato
Servizio di ossigenoterapia a domicilio	€ 13.932	Stima di un risparmio pari al 5% della spesa attuale. I prezzi attualmente corrisposti, definiti a seguito di espletamento di gara pubblica di gara, sono già in linea con tariffe di mercato
Totale	€ 2.709.654	

Tabella 23: Azioni programmate da ASReM per l'anno 2017



Anno 2018		
Iniziativa	Risparmio atteso nell'anno (€)	Razionali di stima del risparmio annuo atteso
Fornitura di materiale per dialisi peritoneale	€ 21.583	Stima di un risparmio pari al 10% della spesa attuale conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara tenendo conto dei prezzi medi di mercato
Servizio di assistenza socio-sanitaria presso il Centro diurno Alzheimer	€ 11.258	
Sistema informativo aziendale	€ 140.000	
Fornitura di presidi e Materiali Sanitari vari	€ 654.000	Stima di un risparmio pari al 20% della spesa attuale, tenendo conto dei prezzi medi di mercato, conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara e ad una corretta razionalizzazione dei fabbisogni
Servizio di raccolta e smaltimento rifiuti speciali	€ 140.000	Stima di un risparmio pari al 20% della spesa attuale conseguente al ricorso ad una procedura pubblica di gara o alla possibile adesione ad una Convenzione Consip tenendo conto dei prezzi medi di mercato e l'incremento dei quantitativi di rifiuti speciali bruciati nel forno inceneritore del PO Cardarelli a partire da Giugno 2015
Servizio telefonia fissa e mobile	€ 13.750	La fornitura attualmente acquistata attraverso adesione a Convenzione Consip. E' possibile prevedere un risparmio pari al 5% della spesa attuale conseguente all'adesione alla una nuova Convenzione Consip, tenendo conto dei prezzi medi di mercato
Servizio di ossigenoterapia a domicilio	€ 19.504	Stima di un risparmio pari al 5% della spesa attuale. I prezzi attualmente corrisposti, definiti a seguito di espletamento di gara pubblica di gara, sono già in linea con tariffe di mercato
Totale	€ 1.000.096	

Tabella 24: Azioni programmate da ASReM per l'anno 2018

Le manovre individuate permetteranno di raggiungere gli obiettivi di contenimento della spesa previsti dalla Spending Review (DL 95/2012) e della manovra richiesta dalla Legge 190/2014. La manovra della Spending Review è stata determinata considerando una riduzione del 10% delle voci di Beni e Servizi rispetto al costo dell'anno 2011 e pari a 8,440 €/mln; la manovra della legge 190/2014 è stata determinata considerando l'impatto del taglio previsto per la Regione Molise e pari, per i Beni e Servizi, a 7,195 €/mln e, sulle altre prestazioni da privato, a 1,833 €/mln. Infine, le ulteriori iniziative di risparmio aggiuntive rispetto alle manovre sopra richiamate sono pari a 1,516 €/mln.

Stima impatto manovra DL 95/2012, L. 190/2014 e DL 78/2015 - Importi in €/mgl				
	Impatto DL 95/2012	Impatto L. 190/2014	Impatto altre iniziative ASReM	Totale Impatto
Beni e Servizi	8.440	7.516	1.516	17.472
Prestazioni Privato		1.833		1.833
Totale	8.440	9.349	1.516	19.305

Tabella 25: Stima impatto applicazione manovre

Di seguito si riporta l'elenco delle voci di Beni e Servizi e delle altre prestazioni sanitarie dei programmatici interessate dalle manovre regionali, al fine di rispettare i tagli previsti dalla legislazione vigente sopra richiamata.

Voci Beni e Servizi e Altre prestazioni da privato interessate dalle manovre regionali - importi in €(m.g)		2015	2016	2017	2018	Totale	Impatto 2016-2018
BA0220	Dispositivi medici	3.462	631	662	676	5.430	1.968
BA0230	Dispositivi medici impiantabili attivi	-	604	-	-	604	604
BA0240	Dispositiva medica diagnostici in vitro (IVD)	1.069	54	76	-	1.199	130
BA0260	Materiali per la profilassi (vaccini)	-	61	404	-	464	464
BA0270	Prodotti chimici	1.216	-	-	-	1.216	-
BA0280	Materiali e prodotti per uso veterinario	10	-	-	-	10	-
BA0320	Prodotti alimentari	63	-	-	-	63	-
BA0330	Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	93	-	-	-	93	-
BA0340	Combustibili, carburanti e lubrificanti	676	2	3	-	681	5
BA0350	Supporti informatici e cancelleria	37	-	16	140	192	156
BA1590	Pulizia	-	50	350	-	400	400
BA1640	Smaltimento rifiuti	-	-	100	140	240	240
BA1920	Manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze	624	-	87	-	711	87
BA1940	Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche	1.242	119	9	-	1.370	128
BA1960	Manutenzione e riparazione agli automezzi	36	-	9	-	45	9
BA1970	Altre manutenzioni e riparazioni	77	6	9	-	92	15
BA1580	Lavanderia	1.311	76	-	-	1.387	76
BA1600	Mensa	159	80	222	-	461	302
BA1620	Servizi di assistenza informatica	-	8	11	-	18	18
BA1650	UtENZE telefoniche	123	-	41	14	178	55
BA1740	Altri servizi non sanitari da privato	1.314	365	60	-	1.740	426
BA1530	Altri servizi sanitari da privato	-	50	368	20	438	438
BA2020	Canoni di noleggio - Area sanitaria	-	175	265	-	440	440
Totale Beni e Servizi		11.512	2.280	2.691	989	17.472	5.960
BA0790	Assistenza protesica da privato	-	353	-	-	353	353
BA0940	Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semiresidenziale da Privato	-	8	11	-	18	18
BA1180	Prestazioni Socio-Sanitarie da Privato	935	507	8	11	1.461	526
Totale Altre prestazioni da privato		935	868	19	11	1.833	898
Totale complessivo		12.447	3.148	2.710	1.000	19.305	6.858

Tabella 26: Dettaglio voci beni, servizi e altre prestazioni da privato interessate dalle manovre regionali

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Riduzione del costo per l'acquisto di beni e servizi	
Indicatori di risultato	Tempistica
Bandire e aggiudicare le gare per l'acquisto di beni e servizi	Marzo 2017
Riduzione del costo di beni e servizi e altre prestazioni da privato nel periodo 2016-2018	Dicembre 2018
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Direttore Generale ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
Si prevede un impatto economico nel periodo 2016-2018 pari a 6,9 €/mln	

9 Gestione del personale

9.1 Contenimento della spesa per il personale

9.1.1 Blocco del turn over, politiche del personale e contenimento della spesa 2016-2018

In considerazione dell'attuale situazione, la Regione Molise almeno fino all'anno 2016 è sottoposta al blocco automatico del turn-over.

Contesto normativo vigente

Le politiche del personale nel triennio 2016-2018, terranno conto dell'attuale normativa vigente e nello specifico dell'applicazione dell'art 1 comma 541, 542, 543 e 544 della Legge 208/2015 (Legge di stabilità 2016).

Nello specifico come definito dall'art 1 comma 541 "....Le Regioni e le province autonome:

a) ove non abbiano ancora adempiuto a quanto previsto dall'articolo 1, comma 2, del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, adottano il provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale nonché i relativi provvedimenti attuativi. Le regioni sottoposte ai piani di rientro, in coerenza con quanto definito dall'articolo 1, comma 4, del medesimo decreto, adottano i relativi provvedimenti nei tempi e con le modalità definiti nei programmi operativi di prosecuzione dei piani di rientro;

b) predispongono un piano concernente il fabbisogno di personale, contenente l'esposizione delle modalità organizzative del personale, tale da garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili, in coerenza con quanto disposto dall'articolo 14 della legge 30 ottobre 2014, n. 161;

c) trasmettono entro il 29 febbraio 2016 i provvedimenti di cui alle lettere a) e b) al Tavolo di verifica degli adempimenti e al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA,....., nonché al Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, istituito ai sensi della lettera C.5 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 2 luglio 2015;

d) ferme restando le disposizioni vigenti in materia sanitaria, ivi comprese quelle in materia di contenimento del costo del personale e quelle in materia di piani di rientro, se sulla base del piano del fabbisogno del personale emergono criticità, si applicano i commi 543 e 544

Il comma 542, stabilisce che: *Nelle more della predisposizione e della verifica dei piani di cui al comma 541, lettera b), nel periodo dal 1° gennaio 2016 al 31 luglio 2016, le regioni e le province autonome, ..., qualora si evidenzino criticità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, possono ricorrere, in deroga a quanto previsto dall'articolo 9, comma 28, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, e successive modificazioni, a forme di lavoro flessibile, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia sanitaria, ivi comprese quelle relative al contenimento del costo del personale e in materia di piani di rientro. Se al termine del medesimo periodo temporale permangono le predette condizioni di criticità, i contratti di lavoro stipulati ai sensi del precedente periodo possono essere prorogati fino al termine massimo del 31 ottobre 2016.....*

Il comma 543, inoltre stabilisce che: *In deroga a quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 6 marzo 2015,....., in attuazione dell'articolo 4, comma 10, del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125, gli enti del Servizio sanitario nazionale possono indire, entro il 31 dicembre 2016, e concludere, entro il 31 dicembre 2017, procedure concorsuali straordinarie per l'assunzione di personale medico, tecnico-professionale e infermieristico, necessario a far fronte alle eventuali*



esigenze assunzionali emerse in relazione alle valutazioni operate nel piano di fabbisogno del personale secondo quanto previsto dal comma 541. Nelle more della conclusione delle medesime procedure, gli enti del Servizio sanitario nazionale continuano ad avvalersi del personale di cui al precedente periodo, anche in deroga ai limiti di cui all'articolo 9, comma 28, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122. In relazione a tale deroga, gli enti del Servizio sanitario nazionale, oltre alla prosecuzione dei rapporti di cui al precedente periodo, sono autorizzati a stipulare nuovi contratti di lavoro flessibile esclusivamente ai sensi del comma 542 fino al termine massimo del 31 ottobre 2016.

Impatto delle Politiche del personale e delle Fuoriuscite

In adempimento a quanto disposto dalla legge n. 208/2015 e dalla circolare applicativa, la struttura commissariale ha trasmesso ai competenti Ministeri, in data 25.03.2016:

- il Piano relativo alla determinazione del fabbisogno di personale per le aree dell'emergenza urgenza e della terapia intensiva;
- le tabelle di determinazione del fabbisogno per ciascun Presidio Ospedaliero relativamente alle aree dell'emergenza urgenza e della terapia intensiva per personale medico e infermieristico:
 - la dotazione di personale al 31/12/2015 per disciplina (tempo determinato e indeterminato);
 - i relativi fabbisogni calcolati secondo i criteri della D.D. n. 86/2015 e adjust;
- le tabelle di rilevazione della dotazione di personale, per gli anni 2014 e 2015, suddivisa per ruolo e profilo e per tempo determinato e indeterminato. La rilevazione è effettuata per:
 - l'assistenza ospedaliera, a livello di struttura, unità operativa e unità organizzativa;
 - l'assistenza distrettuale, a livello di distretto e unità organizzativa;
 - il dipartimento di prevenzione, a livello di unità organizzativa;
 - l'amministrazione centrale, a livello di unità organizzativa.

Nella determinazione del costo del personale, nei Programmatici si è tenuto conto per l'anno 2016 del blocco del Turn Over e delle figure di personale a tempo determinato che potranno essere attivate in applicazione di quanto disposto dall'art. 1 commi 541-544, mentre per gli anni 2017-2018 si è tenuto conto, in parte, della previsione delle cessazioni in ragione dell'età di pensionamento.

In ragione della normativa vigente, nel biennio 2017-2018, in attesa della definizione degli standard per determinare esattamente il fabbisogno di personale, si è in parte tenuto conto delle tipologie e delle figure carenti e riconducibili al personale a tempo determinato che dovrà essere mantenuto con l'attivazione nel biennio di apposite procedure concorsuali.

In relazione all'applicazione del blocco del turn-over, delle politiche del personale legate alla normativa vigente e della previsione delle cessazioni è stato stimato nei Programmatici l'impatto economico delle fuoriuscite del personale a tempo indeterminato previste dall'ASReM nel periodo (dati desunti dal flusso informativo dell'ASReM), in ragione dell'età di pensionamento secondo la normativa vigente e pari a 346 unità (vedi Tabella 27). La stima delle fuoriuscite di personale determina nel periodo 2016-2018 un risparmio complessivo di 8,2 €/mln (vedi Tabella 29). Al risparmio sopra rilevato si somma un risparmio sull'IRAP nello stesso periodo pari a 1 €/mln.

Ai fini del calcolo delle fuoriuscite per gli anni 2016-2018, si è cautelativamente proceduto a considerare il solo personale che, in ciascuno degli anni in questione, raggiungesse i limiti di età necessari al pensionamento (66 anni), secondo quanto stabilito dalla Legge Fornero.

La fonte dati utilizzata è il flusso informativo trasmesso dall'ufficio personale dell'ASReM.



Il costo medio annuo è stato calcolato considerando i dati relativi alle tabelle del Conto Annuale dell'ASReM,

Cessati e cessanti personale a Tempo Indeterminato					
Descrizione profilo	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Totale 2015-2018
Ruolo Sanitario					
Dirigente Medico Veterinario	42	15	23	45	125
Dirigente Sanitario non medico	1	1	3	5	10
Comparto	64	4	11	37	116
Totale Ruolo Sanitario	107	20	37	87	251
Ruolo Amministrativo					
Dirigente				1	1
Comparto	12	5	9	11	37
Totale Ruolo Amm.vo	12	5	9	12	38
Ruolo Tecnico					
Dirigente				1	1
Comparto	14	1	11	30	56
Totale Ruolo Tecnico	14	1	11	31	57
Totale Complessivo	133	26	57	130	346

Tabella 27: Cessati e cessanti 2015-2018 del personale a Tempo Indeterminato e Determinato

presenti nella relativa sezione del sito del Ministero dell'Economia e delle Finanze, le quali espongono la "retribuzione media" annua per ruolo e profilo per le competenze fisse e accessorie corrisposte nell'anno. Considerando inoltre, nel calcolo, anche l'impatto degli oneri sociali a carico dell'Amministrazione, si determinano i valori medi riportati nella seguente Tabella 28 ed utilizzati per il calcolo del costo del personale cessante.

Costo medio personale (Fonte: Conto Annuale)		
Ruolo di appartenenza	Profilo	Costo medio (con oneri)
Sanitario	Dirigente Medico/Vet	91.200
Sanitario	Dirigente Non Medico	75.700
Sanitario	Comparto	40.833
Tecnico	Dirigente	74.727
Tecnico	Comparto	31.219
Amministrativo	Dirigente	98.000
Amministrativo	Comparto	33.810

Tabella 28: Costo medio del personale

Considerando il costo medio per ruolo e area contrattuale si è quindi proceduto a calcolare il valore della manovra sui cessati per anno, come prodotto del numero di fuoriusciti per il costo medio per profilo. Ai fini della valorizzazione si è ipotizzato che il personale cessi a metà dell'anno, per cui per ogni anno è stato considerato il 50% del risparmio complessivo. Inoltre, in relazione alla cessazione dal 1 gennaio 2015 degli effetti del DL 78/2010 sulla riduzione dei Fondi contrattuali integrativi (articolo 9, comma 2 bis, del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78 convertito, con modificazioni, in legge 30 luglio, 2010, n. 122 come modificato dall'articolo 1, comma 456 della legge n. 147/2013), e a titolo prudenziale, il risparmio è stato ulteriormente decurtato del 35%, pari alla quota parte dei fondi contrattuali che rimane invariata rispetto all'anno 2014.



MINISTRI
[Handwritten signature]

Stima riduzione costo del personale - CEIV trimestre 2015 e Programmatici 2016-2018 (importi in €/mgl)						
Voce	Descrizione voce	CEIV Trim. 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Totale 2016-2018
BA2120	Costo del personale dirigente medico - Tempo indeterminato	2.609	1.689	1.126	2.016	4.831
BA2160	Costo del personale dirigente non medico - Tempo indeterminato	315	49	98	197	344
BA2200	Costo del personale comparto ruolo sanitario - Tempo indeterminato	-168	902	199	637	1.738
B1.1a.1	Personale Sanitario - Dipendente - Tempo indeterminato	2.756	2.641	1.424	2.849	6.914
BA2250	Costo del personale dirigente ruolo professionale - Tempo indeterminato	3				
BA2290	Costo del personale comparto ruolo professionale - Tempo indeterminato					
BA2340	Costo del personale dirigente ruolo tecnico - Tempo indeterminato	30			24	54
BA2380	Costo del personale comparto ruolo tecnico - Tempo indeterminato	601	152	122	416	1.291
BA2430	Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - Tempo indeterminato	49			32	81
BA2470	Costo del personale comparto ruolo amministrativo - Tempo indeterminato	325	187	154	220	590
B1.2a.1	Personale Non Sanitario - Dipendente - Tempo indeterminato	1.008	339	276	692	1.306
	Totale	3.764	2.980	1.699	3.541	8.221

Tabella 29: Stima riduzione del costo del personale

Con riferimento all'impatto nei singoli programmatici:

- nel Programmatico 2016 i risparmi attesi sono pari a 3 €/mgl (effetto trascinarsi dei fuoriusciti dell'anno 2015 più previsione fuoriusciti anno 2016);
- nel Programmatico 2017 i risparmi attesi sono pari a 1,7 €/mgl (effetto trascinarsi dei fuoriusciti dell'anno 2016 più previsione fuoriusciti anno 2017);
- nel Programmatico 2018 i risparmi attesi sono pari a 3,5 €/mgl (effetto trascinarsi dei fuoriusciti dell'anno 2017 più previsione fuoriusciti anno 2018).

La manovra sul personale determina effetti anche sul costo sostenuto per l'IRAP. Applicando l'aliquota di imposta calcolata sull'IRAP rendicontata al CE IV trimestre 2015, pari a circa 6,27% del costo del personale dipendente, si rileva un risparmio cumulativo nel triennio 2016-2018 di circa 1 €/mgl.

Risparmio IRAP	
ANNO	Importo €/mgl
2016	187
2017	293
2018	515
Totale	995

Tabella 30: Risparmio IRAP

Risultati programmatici	
Riduzione dei costi complessivi del personale	
Ricollocamento del personale reso disponibile dalle dimissioni e accorpamenti di unità operative e correlata riorganizzazione delle reti	
Indicatori di risultato	Tempistica
Riduzione del costo del personale	Dicembre 2018
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale ASReM	
La manovra sul personale determina un impatto economico nel periodo 2016-2018 pari a 8,2 €/mgl	
Il risparmio del costo del personale determina un impatto economico nel periodo 2016-2018 del costo dell'IRAP pari a 1 €/mgl	



9.1.2 Riordino Unità Operative ASReM

Per determinare il numero complessivo di strutture gestionali semplici e complesse le aziende sanitarie devono attenersi a specifiche direttive regionali che recepiscono ed attuano in ambito regionale gli standard previsti in sede di Comitato LEA. Essendo la ASReM l'unica Azienda Regionale, detti standard dovranno essere assunti direttamente come standard regionali il cui schema riassuntivo è di seguito riportato.

Per quanto riguarda l'applicazione degli standard in relazione alla popolazione residente, è stato utilizzato il dato ISTAT aggiornato al 31.12.2014 che quantifica in 314.725 la popolazione residente.

I parametri elaborati dal comitato LEA

Il Comitato LEA ha adottato i seguenti standard nazionali per l'individuazione delle strutture complesse e semplici, sanitarie e non, delle Aziende del SSR:

Standard per determinazione UO ASReM			
Strutture complesse previste	Ospedaliere	Posti letto pubblici SSR/UOC ospedaliere regione	17,5 PL
	Non ospedaliere	Pop Residente regione/UOC non ospedaliere regione	1 ogni 13.515
Strutture semplici previste		totali/strutture complesse	1,31 ogni UOC

Tabella 31: Riepilogo standard per la determinazione delle Unità Operative

Per effetto di tali standard, le Regioni che hanno sottoscritto un Piano di Rientro dai disavanzi sanitari hanno il mandato di imporre alle Aziende Sanitarie di contenere il numero delle strutture semplici e complesse entro i limiti fissati, fermi restando i vincoli finanziari ed organizzativi previsti per il personale dai rispettivi Piani di rientro e/o Programmi Operativi ovvero, qualora non ancora approvati dai Ministeri affiancanti, dalla legislazione vigente in materia di personale.

Il Ministero della Salute, con nota del 16 luglio 2012 prot. n. 17867, ha precisato che lo standard è da intendersi riferito a livello regionale.

Situazione attuale e rideterminazione delle UO

L'attuale dotazione di unità operative complesse di ASReM (situazione al 31.12.2014) è pari a 117 UOC (si veda Tabella 32).

Mappatura UOC ASReM al 31.12.2014		
Strutture complesse presenti	Ospedale	63
	Territorio	54
TOTALE		117

Tabella 32: Mappatura delle UO ASReM

Per la determinazione della nuova composizione delle Unità Operative aziendali si è tenuto conto della riorganizzazione delle reti assistenziali (si veda il Riequilibrio Ospedale-Territorio) che ridetermina il numero complessivo di posti letto ospedalieri ASReM in 690 posti letto (DO+DH).

A seguito della applicazione degli indicati parametri si stima che ASReM dovrà rideterminare le proprie unità operative complesse (ospedaliere e territoriali) a 63 UOC in totale, come riportato nella tabella seguente, con



DEI MINISTRI
LOALI

una riduzione rispetto all'attuale dotazione di 54 unità. Relativamente alle unità operative semplici si stima, coerentemente con gli standard nazionali vigenti, che dovranno essere pari a 82.

Previsione UOC ASReM situazione futura			
		UOC future	Delta
Strutture complesse previste	Ospedale	39	-24
	Territorio	23	-31
Totale		63	-54

Previsione UOS ASReM situazione futura	
UOS future	
Strutture semplici previste	82

Tabella 33: Rideterminazione delle Unità Operative ASReM

In considerazione della complessa revisione delle reti assistenziali regionali (si veda sezione *Riequilibrio Ospedale-Territorio*) è prevedibile che tale riassetto sarà accompagnato da una significativa manovra di riorganizzazione del personale e della composizione dello stesso all'interno delle unità operative, già identificate nel loro numero massimo. La revisione della dotazione delle unità operative, così come la contestuale ridefinizione della dotazione organica di ASReM, sarà indicata puntualmente nell'atto aziendale che dovrà essere inviato alla Regione per una prima verifica entro Settembre 2016. Nel medesimo documento si dovrà dare evidenza anche delle UOS e UOS VD e della dotazione di personale prevista per ciascuna struttura. Tale documento dovrà essere coerente rispetto ai limiti massimi di UO (sia semplici e complesse) già indicati nel presente POS, alla normativa e standard attualmente vigenti in materia. All'interno del documento si dovrà anche elaborare una previsione dell'impatto derivante dalla riallocazione del personale coerentemente con la nuova configurazione delle reti assistenziali.

La conclusione del processo di riordino delle strutture organizzative ASReM (UOC, UOS e UOS VD) dovrà essere completata entro Ottobre 2016.

Risultati programmatici	
Riduzione dei costi complessivi del personale ed in particolare delle indennità legate alla direzione delle strutture complesse	
Ridistribuzione efficiente del personale aziendale a seguito del nuovo fabbisogno	
Indicatori di risultato	Tempistica
Riduzione del costo del personale	Dicembre 2018
Applicazione standard sulle unità operative e nuova dotazione di personale (Atto aziendale ASReM)	Ottobre 2016
Conclusione riordino UO ASReM	Gennaio 2017
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale ASReM	

10 Sanità pubblica e veterinaria

Con Intesa del 13 novembre 2014 (Rep. Atti n. 156/CSR) è stato approvato il Piano Nazionale per la Prevenzione (PNP) relativo agli anni 2014-2018 mentre con successiva Intesa del 25 marzo 2015 (Rep. Atti n. 56/CSR) è stato approvato il Documento di valutazione del PNP 2014-2018.

10.1 Piano regionale della prevenzione

Con Decreto del Commissario ad Acta 22 aprile 2015, n. 24, la Regione Molise ha recepito l'Intesa 13 novembre 2014 e ha approvato le linee programmatiche per la redazione del proprio Piano Regionale della Prevenzione (PRP) ai fini dell'attuazione del PNP. Nel periodo di vigenza del presente POS la Regione si impegna a dare piena attuazione a quanto previsto nel Piano regionale della prevenzione 2014-2018 (come da DCA 50/2015 prot_SiVeAS 2015_74_A) secondo il cronoprogramma in esso definito. Il PNP 2014-2018 prevede la possibilità, nel 2017, di una rimodulazione in considerazione dell'avanzamento verso gli obiettivi concordati e i relativi risultati attesi nonché dell'eventuale mutamento del contesto nazionale e/o regionale, fermo restando il "Quadro Logico Centrale" (QLC).

10.1.1 Potenziamento della collaborazione con IZS

Regione Molise, attraverso il servizio prevenzione veterinaria e sicurezza alimentare, mantiene strettissimi rapporti di collaborazione con l'IZS che fornisce un supporto tecnico quando richiesto. Tutte le attività relative ai piani di controllo sia in sanità animale sia per la sicurezza alimentare (piano residui, piano alimentazione animale, OGM, Fitosanitari, controllo acque per molluschicoltura etc.) sono state storicamente programmate in sinergia con l'IZS. Attualmente è stato istituito un gruppo di lavoro, costituito da funzionari dell'ASReM, della Regione e dell'IZS (che ne coordina l'attività), al fine di predisporre il piano regionale della prevenzione per la parte riferita alla sicurezza alimentare, alla sanità animale e alla prevenzione del randagismo. Il supporto dell'IZS sarà fondamentale per l'attuazione del macro-obiettivo 10 dell'emanando PRP 2014-2018 al cui cronoprogramma si fa riferimento.

10.1.2 Incremento copertura vaccinale

Regione Molise, nell'ambito del macro-obiettivo 9 dell'emanando PRP 2014-2018, al cui cronoprogramma si rinvia, ha previsto azioni mirate all'incremento della copertura vaccinale e per l'adesione consapevole nella popolazione in generale e in specifici gruppi a rischio. In particolare, si prevedono periodiche campagne di comunicazione e informazione sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione e, con l'assegnazione di un unico specifico obiettivo nella revisione dell'ACR 2007, il coinvolgimento attivo dei MMG/PLS sia con interventi personalizzati rivolti alle persone più vulnerabili sia nella sensibilizzazione delle fasce di popolazione a rischio.

10.1.3 Screening oncologici

In Regione Molise è attivo un programma unico di screening oncologico per le tre patologie per le quali vi sono evidenze scientifiche di efficacia in termini di riduzione della mortalità causa-specifica. Dal 2003 sono attivi i programmi per il carcinoma della mammella e della cervice uterina e dal 2007 è attivo anche lo screening per la neoplasia del colon-retto. Nel complesso gli indicatori mostrano che i programmi di screening regionali hanno raggiunto e mantenuto buoni standard di qualità, in particolare per quanto attiene i primi livelli, nonostante la carenza di campagne di comunicazione mirate, il basso coinvolgimento dei MMG, l'aggiornamento non tempestivo dell'anagrafica che presenta circa il 25% di "alias". I livelli successivi, inoltre, soffrono del ritardo nell'implementazione del software gestionale a regime solo dal 2015.

Al fine di aumentare l'estensione e il tasso di adesione dei programmi di screening di almeno il 2% l'anno a partire dal 2016, si prevede di:

- Aggiornare le anagrafiche;



- Attivare periodiche campagne mediatiche di sensibilizzazione, anche utilizzando testimonial regionali;
- Assegnare ai MMG, nell'ambito della revisione dell'ACR 2007, l'obiettivo di incrementare la percentuale di popolazione in età target che eseguono il test di primo livello.

Relativamente allo screening della mammella, in particolare:

- Sono stati recuperati i dati necessari per soddisfare l'adempimento U.3 del questionario LEA 2013 e trasmessi all'Osservatorio Nazionale Screening nel mese di luglio 2015;
- A partire dal 2016, si intende ampliare il range della popolazione target con invito annuale alle donne di età compresa tra 45 e 49 anni e biennale alle donne tra i 50 e 74 anni;
- Entro il 2016, Regione Molise darà indicazioni per l'individuazione di percorsi per identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiari per tumore della mammella, che saranno a regime entro il 2018. In particolare si prevede di:
 - Pianificare una rete regionale di rilevamento dei soggetti a rischio eredo-familiari per tumore della mammella e delle possibili patologie correlate.
 - Pianificare un sistema di sorveglianza e supporto (*counselling* familiare, psico oncologia, valutazione genetica, etc.) e prevedere percorsi diagnostico-terapeutici dedicati.

Relativamente allo screening del colon-retto, nello specifico:

- Entro il 2018 si intende incrementare fino al 100% l'attuale tasso di estensione del programma (95%) e innalzare al 70% l'attuale tasso di adesione al programma (52%) mediante l'assegnazione di uno specifico obiettivo contrattualizzato ai MMG;
- A partire dal 2016 si intende aumentare del 2% l'anno la percentuale di pazienti positivi al FOBT-test che eseguono le indagini endoscopiche di II livello mediante:
 - La riorganizzazione dei piani di lavoro delle Endoscopie regionali, al fine di eseguire, in orario di servizio e modulando le necessità organizzative con la Segreteria Screening, gli esami endoscopici FOBT positivi entro 30 giorni dall'esito;
 - Il controllo incrociato fra Medici di Medicina Generale e FOBT positivi non aderenti.

Relativamente allo screening della cervice uterina:

- Entro il 2016 si intende orientare/riavviare il programma di screening introducendo il Test HPV-DNA come test di primo livello, in sostituzione del Pap Test previo adeguamento del software gestionale della Segreteria di screening e interfacciamento dello stesso con il programma informatico del Laboratorio analisi del P.O. "Cardarelli", struttura centralizzata per la lettura dei test HPV;
- Per aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione bersaglio e l'adesione dei soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico si intende mettere in rete il CUP regionale con il Call-Center dei Programmi di Screening e informatizzazione degli ambulatori ginecologici dedicati allo screening (c.d. reingegnerizzazione) entro il 2016.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Attuazione del Piano regionale della prevenzione 2014-2018	
Indicatori di risultato	Tempistica
Redazione ed approvazione del Piano Regionale della prevenzione 2014-2018 e sua trasmissione al Ministero della Salute - Indicatore: DCA di approvazione	DCA 50/2015 (prot_SiVeAS 2015_74_A)
Attività di interlocuzione tecnica tra Ministero e Regione finalizzata all'ottimizzazione della pianificazione regionale (valutazione "ex ante" del PRP)	Agosto 2016
Costituzione del Gruppo tecnico regionale per il monitoraggio e il sostegno alle attività del P.R.P. - Indicatore: Atto direttoriale istitutivo del gruppo	Ottobre 2016
Avvio delle attività del PRP	Gennaio 2017

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Redazione reportistica trimestrale di monitoraggio stato dell'arte e implementazione eventuali azioni correttive da parte dei soggetti esecutori: ASREM, ARPA, ENTI diversi	A partire da Ottobre 2016 tutti i trimestri di ogni anno (marzo, giugno, settembre, dicembre)
Redazione di una circolare regionale con le indicazioni per la predisposizione delle linee guida aziendali sugli screening oncologici	Agosto 2016
Approvazione delle Linee guida aziendali per un efficace coordinamento dei professionisti e delle strutture coinvolte nel programma screening: indicazioni operative per il miglioramento della qualità dei dati inerenti il rapporto tra numero dei tumori invasivi screen-detected e numero di tutti i tumori screen-detected	Ottobre 2016
Nuovi interventi formativi tesi a favorire il corretto utilizzo del software gestionale dello screening oncologico, la standardizzazione dei processi e la garanzia di flussi informativi completi per ogni fase del percorso	Agosto 2016
Monitoraggio semestrale e relativi follow up degli screening	Da Gennaio 2017
Sorveglianza epidemiologica su malattie infettive e vaccinazioni, stili di vita, survey screening oncologici e le altre attività ricomprese nel PRP - Indicatore: Report annuali	A partire da Marzo 2017 ed entro il mese di Dicembre di ogni anno
Iniziative a favore dei cittadini per informazione consapevole all'utilizzo dei vaccini	A partire da Marzo 2017 un evento all'anno
Responsabile del procedimento attuativo:	
Dirigente responsabile del Servizio Prevenzione - Veterinaria e Sicurezza Alimentare della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM – Dipartimento di Prevenzione ASReM	



11 Riequilibrio Ospedale-Territorio

		Impatto economico?	Note	Impatto manovra (€/000)
11	Riequilibrio Ospedale-Territorio			7.615
11.1	Riassetto della rete Ospedaliera regionale			12.931
11.1.1	Razionalizzazione della rete ospedaliera regionale e dotazione futura di posti letto	✓		12.931
11.1.2	Piano Sangue	✗		
11.1.3	Riduzione dell'incidenza dei parti cesarei	✗		
11.2	Rete dell'Emergenza e delle Reti Tempo - Dipendenti			
11.2.1	Rete di Emergenza	✗		
11.2.2	Rete dell'Emergenza Ospedaliera	✗		
11.2.3	Rete per il Trauma	✗		
11.2.4	Rete per l'ictus	✗		
11.2.5	Rete per le Emergenze Cardiologiche	✗		
11.2.6	Rete delle Terapie intensive	✗		
11.2.7	Rete perinatale e organizzazione della rete STAM e STEN	✗		
11.2.8	Interventi Regionali di Sistema	✗		
11.3	Riorganizzazione della Rete Territoriale			5.316
11.3.1	Riordino dell'assistenza distrettuale mediante la razionalizzazione dei distretti	?	Prudenzialmente non valorizzata	
11.3.2	Attivazione degli ospedali territoriali di comunità a seguito della riconversione dei presidi ospedalieri di Larino e Venafro	✓	Valorizzato nell'azione 11.3.7	
11.3.3	Potenziamento delle cure Primarie e attivazione delle Case della Salute	?	Prudenzialmente non valorizzata	
11.3.4	Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di cure primarie (UCCP)	✗		
11.3.5	Attivazione e gestione del PDTA	✗		
11.3.6	L'Assistenza domiciliare integrata	?	Prudenzialmente non valorizzata	
11.3.7	L'assistenza residenziale e semiresidenziale per le non autosufficienti e le disabilità	✓		5.316
11.3.8	La rete dei laboratori	?	Prudenzialmente non valorizzata	
11.3.9	Compartecipazione	?	Prudenzialmente non valorizzata	
11.4	Rete socio-sanitaria			
11.4.1	Hospice, terapia del dolore, rete delle cure palliative	✗		
11.4.2	Dipartimento di Salute mentale	✗		
11.4.3	Dipendenze patologiche	✗		
11.5	Piano degli investimenti			
11.5.1	Riordino della rete infrastrutturale sanitaria	✗		
11.5.2	Riordino della rete infrastrutturale sanitaria	✗		

Tabella 34: Riepilogo manovre e impatto economico del Programma 11

La qualificazione e riorganizzazione del Servizio Sanitario molisano determina la revisione delle reti assistenziali. Nella determinazione del nuovo assetto delle reti, si è tenuto conto dei criteri e degli standard di cui alle seguenti disposizioni normative:

- Titolo III, art. 15 comma 13 lettera c, del Decreto Legge 95/2012 convertito dalla Legge 135/2012 (c.d. "Spending Review") e ss.mm.ii.;
- Patto per la Salute 2014-2016;
- Decreto Ministero della Salute 70/2015 recante "Definizione degli standard qualitativi strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".

11.1 Riassetto della rete Ospedaliera regionale

Il percorso metodologico per l'adeguamento delle reti di offerta

Ai fini della rimodulazione complessiva (posti letto e discipline) della rete dell'offerta ospedaliera, secondo le indicazioni normative suddette, è stato individuato un percorso metodologico basato sui seguenti step:

- Verifica del posizionamento regionale rispetto agli standard normativi relativi ai posti letto (acuti/post-acuti; pubblico/privato);
- Applicazione degli standard per disciplina previsti dal DM 70/2015;

1110
M



- Verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e da erogare nel futuro assetto in relazione ai reali fabbisogni regionali (pur considerando la componente della mobilità attiva), in applicazione della metodologia proposta nel documento del Ministero della Salute "Analisi di supporto per la redazione del Programma Operativo Straordinario del Molise – Giugno 2015" inviato alla Regione;
- Adeguamento agli standard della rete emergenza-urgenza e ospedaliera.

Si precisa che la suddetta rimodulazione tiene conto dell'analisi del contesto demografico (è stata considerata la popolazione ISTAT residente in Molise al 1° gennaio 2015, pari a 314.725 abitanti) e socio-economico regionale.

Bacini regionali

Ai fini della rimodulazione dell'offerta assistenziale, sulla base dell'analisi del contesto demografico e socio-economico della regione, sono stati individuati i seguenti **bacini territoriali**:

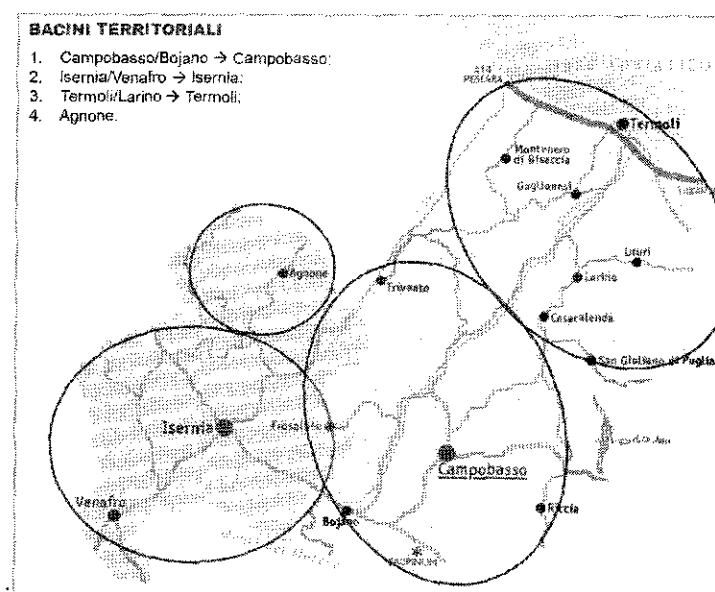


Figura 1: Bacini Territoriali Regione Molise

Caratteristiche demografiche bacini regionali				
Bacino	Residenti	% su totale	Over 65	% su residenti
Campobasso	126.242	40%	28.011	22%
Isernia	74.846	24%	15.736	21%
Termoli	101.191	32%	21.401	21%
Agnone	12.446	4%	3.462	28%
Totale	314.725	100%	68.610	22%

Tabella 35: Caratteristiche demografiche regionali

Dotazione attuale di posti letto e definizione del fabbisogno

L'attuale dotazione complessiva di posti letto pubblici, classificati e privati accreditati SSR è pari a 1.269 PL, di cui:

- 1.036 posti letto in acuzie;



- 233 posti letto in post acuzie, di cui 144 di riabilitazione e 44 di lungodegenza (fonte NSIS, Flussi HSP anno 2014).

In relazione ai dati sulla popolazione molisana residente, pari a 314.725 abitanti (fonte ISTAT aggiornata al 1° gennaio 2015), l'offerta di posti letto per 1.000 abitanti risulta pari a 4,03 contro i 3,7 previsti dagli standard nazionali. Di questi 3,29 (per 1.000 abitanti) sono posti letto per acuti e 0,74 posti letto (per 1.000 abitanti) per post acuti.

Posti letto SSR Molise - dotazione attuale		
	RO	DH
Acuzie	890	146
PL per 1.000 ab.	3,29	
Strutture pubbliche	609	114
Strutture private	281	32
Post Acuzie	220	13
PL per 1.000 ab.	0,74	
Strutture pubbliche	101	13
Strutture private	119	0
Totale complessivo	1.110	159
Totale SSR	1.269	
PL per 1.000 ab.	4,03	

Nota: Non sono stati considerati i posti letto tecnici

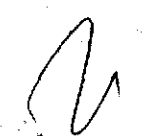
Tabella 36: Dotazione Posti letto attuale

Sulla base di quanto detto, la successiva Tabella 37 indica il fabbisogno di posti letto (RO e DH/DS) di acuzie e post acuzie conforme allo standard ministeriale del 3,7 x 1.000 abitanti (calcolati rispetto alla popolazione ISTAT al 1° gennaio 2015).

Determinazione dotazione PL da L.135/2012		
A	Popolazione	314.725
B	std pl x 1.000 ab	3,7
C	PL standard	1.164
D	std pl acuti x 1000 ab	3,0
E = (A/1000) x D	di cui acuti	944
F	std pl post acuti x 1000 ab	0,70
G = (A/1000) x F	di cui post acuti	220

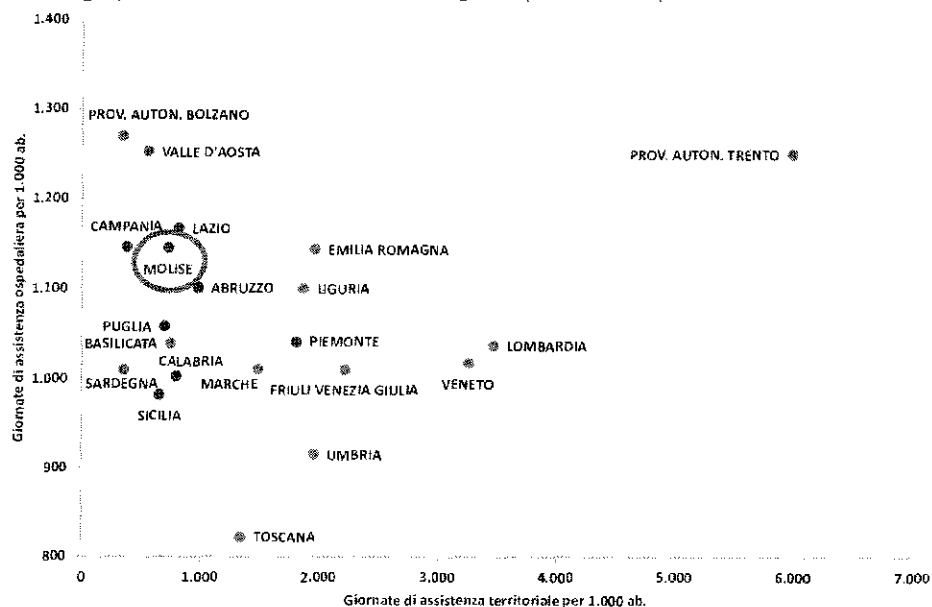
Nota: Popolazione ISTAT al 1° gennaio 2015

Tabella 37: Determinazione dotazione PL da L.135/2012

DEF




Metodologia per la determinazione del fabbisogno di posti letto ospedalieri



Fonte: Dati Ministero della Salute (Analisi di supporto per la redazione del Programma Operativo Straordinario del Molise – Giugno 2015)

Figura 2: Posizionamento del Molise rispetto alle altre regioni nell'assistenza ospedaliera-territoriale

La Figura 2 mostra come nel 2013 la Regione Molise, al pari di altre Regioni in Piano di Rientro, sia caratterizzata da un eccesso del LEA ospedaliero non coerente con le esigenze della popolazione molisana.

Così come avvenuto in altre Regioni, si ritiene importante programmare interventi volti alla rimodulazione e riqualificazione dell'attività di assistenza regionale riducendo il ricorso all'ospedale e procedendo alla riorganizzazione e al potenziamento (dove necessario) delle attività di assistenza territoriale.

Per l'anno 2013, confrontando le giornate di degenza ospedaliera erogate dal SSR molisano con quelle delle Regioni benchmark, si ravvisa un eccesso complessivo di giornate di degenza per 1.000 abitanti pari a 143.

Il passaggio da una logica di tipo top down ad una logica bottom up è indispensabile al fine di individuare quali siano le leve su cui intervenire per ridurre tale eccesso.

In questa prospettiva, al fine di procedere alla riorganizzazione della rete ospedaliera, sono state considerate le indicazioni di cui al DM 70/2015 e le metodologie riportate nelle linee guida ministeriali inserite nel documento di accompagnamento alla redazione del Programma Operativo Straordinario (Analisi di supporto per la redazione del Programma Operativo Straordinario del Molise – Giugno 2015).

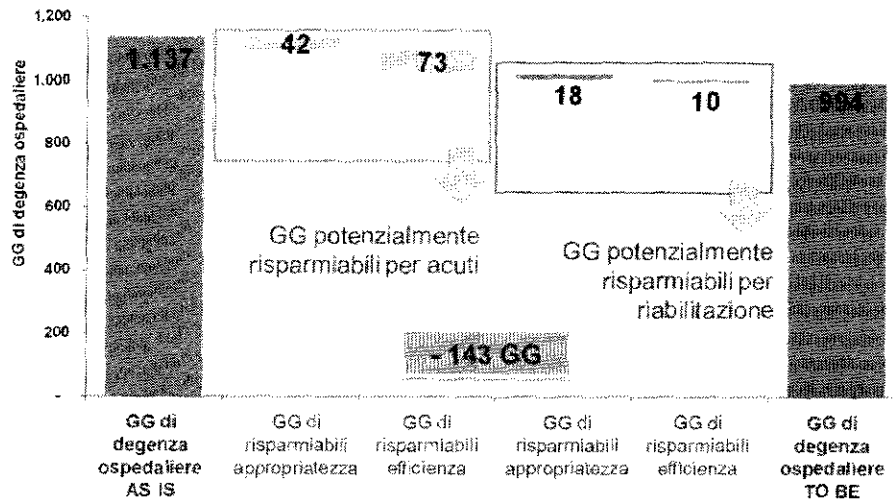
In via preliminare, attraverso tale metodologia, è possibile confrontare la domanda soddisfatta del SSR molisano per ciascun ACC (Aggregati Clinici di Codici) di diagnosi o intervento. In questo modo è possibile:

- Identificare quanta parte della domanda soddisfatta eccede le reali esigenze della popolazione molisana (potenziale inappropriatezza);
- Verificare se la rete di offerta attuale è adeguata rispetto ai bisogni della popolazione (potenziale inadeguatezza).

Il recupero dell'efficienza dei ricoveri medici e chirurgici (per singola struttura e per singolo ACC) viene realizzato invece attraverso l'allineamento delle durate medie dei ricoveri molisani a quelle del benchmark.



L'applicazione di queste metodologie al SSR molisano (vedi Figura 3) mostra come la riorganizzazione della rete di offerta ospedaliera debba tenere in considerazione un recupero potenziale di 143 giornate di degenza per 1.000 abitanti (per acuti e per riabilitazione)



Fonte: Dati Ministero della Salute (Analisi di supporto per la redazione del Programma Operativo Straordinario del Molise – Giugno 2015)

Figura 3: GG di degenza potenzialmente risparmiabili

In collaborazione con il Ministero della Salute sono state determinate le giornate di degenza per 1.000 abitanti potenzialmente risparmiabili per l'appropriatezza e l'efficienza. Si riportano di seguito le evidenze emerse dall'analisi degli ACC medici e chirurgici per Acuzie (vedi Tabella 38 e Tabella 39).

Analisi appropriatezza ricoveri medici – Anno 2013

Molise - Sintesi potenziale inappropriatazza. Ricoveri medici in DO. Anno 2013			
ACC Diagnosi Multiivello	Fabbisogno di ricoveri (A)	Potenziale inappropriatazza (B)	(B/A)
MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	4.320	1.282	30%
MALATTIE DEL SISTEMA RESPIRATORIO	2.459	88	4%
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	1.969	52	3%
NEOPLASIE	1.753	688	39%
TRAUMATISMI ED AVVELENAMENTO	1.259	222	18%
MALATTIE DELL'APPARATO GENITOURINARIO	1.167	250	21%
DISORDINI MENTALI	972	31	3%
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO	905	51	6%
SINTOMI, COND MAL DEF. E FATT. INFL. SALUTE	855	310	36%
MALATTIE SIST. IMM., ENDOC., NUTR. E METAB.	589	93	16%
INFEZIONI BATTERICHE E MALATTIE DA PARASSITI	461	1	0%
MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETICO	403	53	13%
MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI	379	31	8%
CODICI RESIDUI, NON CLASSIFICATI	200	71	35%
MALATTIE DELLA CUTI E TESSUTO SOTTOCUT.	162	1	1%
ANOMALIE CONGENITE	117	41	35%
CONDIZIONI GENERATE NEL PERIODO PERINATALE	4	-	0%
COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO	2	-	0%
Totale	17.974	3.266	18%

Fonte: Dati Ministero della Salute (Analisi di supporto per la redazione del Programma Operativo Straordinario del Molise – Giugno 2015)

Tabella 38: Risultanze dell'analisi dell'appropriatezza per i ricoveri medici



Analisi appropriatezza ricoveri chirurgici – Anno 2013

Molise - Sintesi potenziale inappropriatezza interventi chirurgici Anno 2013					
ACC Intervento Multilivello	Fabbis. interventi (A)	Potenziale		Potenziale	
		inappro (A)	(B/A)	inadeg (C)	(C/A)
INTERV. SUL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO	4.122	35	1%	304	7%
PROCEDURE DEL TRATTO DIGERENTE	2.993	2	0%	66	2%
INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE	1.942	183	9%	19	1%
PROCEDURE SUGLI ORGANI GENITALI FEMMINILI	1.526	94	6%	110	7%
PROCEDURE SUL SISTEMA TEGUMENTARIO	1.246	59	5%	94	8%
PROCEDURE SU NASO, BOCCA E FARINGE	903	-	0%	33	4%
INTERVENTI SULL'OCCHIO	862	2.409	279%	4	0%
INTERVENTI SUL SISTEMA URINARIO	767	-	0%	29	4%
PROCEDURE SUGLI ORGANI GENITALI MASCHILI	726	36	5%	33	5%
INTERVENTI SUL SISTEMA NERVOSO CENTRALE	591	200	34%	11	2%
INTERVENTI SUL SISTEMA RESPIRATORIO	257	14	5%	22	8%
INTERVENTI SUL SISTEMA ENDOCRINO	243	109	45%	-	0%
PROCEDURE SUL SISTEMA EMATICO E LINFATICO	159	-	0%	8	5%
INTERVENTI SULL'ORECCHIO	111	-	0%	-	0%
MISCELLANEA DI PROCEDURE DIAGNOSTICHE	13	-	0%	-	0%
PROCEDURE OSTETRICHE	2	-	0%	-	0%
Totale	16.462	3.140	19%	731	4%

Fonte: Dati Ministero della Salute (Analisi di supporto per la redazione del Programma Operativo Straordinario del Molise – Giugno 2015)

Tabella 39: Risultanze dell'analisi dell'appropriatezza per i ricoveri chirurgici

A fronte dell'identificazione, in collaborazione con il Ministero della Salute, delle sacche di inappropriatezza e della potenziale inadeguatezza per singolo ACC, medico e chirurgico, della domanda soddisfatta dei cittadini molisani nel 2013, è stato determinato il fabbisogno regionale di posti letto a carico del SSR per singola disciplina. Come è possibile osservare nella seguente Tabella 40, la dotazione complessiva per singola disciplina è stata oggetto di una profonda revisione che ha permesso di determinare con esattezza il fabbisogno assistenziale per singola disciplina. La nuova determinazione di posti letto tiene anche conto delle eccellenze sanitarie offerte dagli erogatori privati presenti sul territorio regionale e della loro valorizzazione e salvaguardia ed è già aggiornata in previsione dell'integrazione tra Fondazione Giovanni Paolo II e Ospedale Cardarelli.



Rep.	Dotazione attuale	Dotazione futura
	TOT	TOT
07 Cardchir.	20	20
08 Card.	56	48
09 Chir.	181	126
14 Chir. Vasc.	14	12
19 Endoc.	6	0
21 Geriatria	18	20
24 M. Infett.	17	2
26 Medic.	177	150
29 Nefrol.	10	10
30 Neurochir.	47	35
32 Neur.	53	58
34 Ocul.	14	0
35 Odont.	0	0
36 Ortopedia	77	67
37 Ost.	69	55
38 ORL	24	4
39 Ped.	21	17
40 Psic.	27	18
43 Urologia	31	21
49 T.I.*	33	28
50 UTIC	14	16
51 Astant.	19	20
62 Neon.	8	8
64 Oncol.	51	30
66 Oncoema.	23	10
70 Radioter.	3	3
73 TIN	5	5
75 Nriab.	45	45
56 Riab.	144	100
60 Lung.	44	40
02 D.H.	10	9
98 D.S.	8	3
Totale	1.269	980

* Nel calcolo non sono stati considerati i PL tecnici

Tabella 40: Riassetto posti letto accreditati per disciplina in base ai fabbisogni e all'analisi sull'appropriatezza

A fronte della determinazione del fabbisogno di posti letto accreditati per singola disciplina, si è poi proceduto alla verifica del rispetto dei parametri e dei limiti previsti dalla normativa vigente, cioè 3,7 posti letto per 1.000 abitanti come dotazione complessiva (di cui 3,0 PL riservate alle acuzie e 0,7 PL alle post acuzie). Come è possibile osservare nella successiva Tabella 41, con la nuova dotazione di posti letto la Regione Molise rientra pienamente nei limiti predetti. Dopo aver verificato l'avvenuto allineamento con i limiti prevista dalla normativa vigenti sulla dotazione massima di posti letto si è proceduto alla definizione della dotazione di posti letto per singola struttura e singolo reparto per la componente pubblica e privata in base alle disposizioni riportate nel DM 70/2015. Inoltre, pur seguendo pedissequamente le predette indicazioni, sono state considerate le necessità assistenziali di ciascun bacino regionale e le peculiarità ed eccellenze delle singole strutture.



11.1.1 Razionalizzazione della rete ospedaliera regionale e dotazione futura di posti letto

Alla luce dell'analisi esposta nel paragrafo precedente e con l'obiettivo di razionalizzare la propria rete ospedaliera utilizzando criteri che permettano di ridurre l'inappropriatezza sanitaria e l'inadeguatezza organizzativa, la Regione Molise intende rimodulare la dotazione di posti letto per l'assistenza ospedaliera prevedendo una dotazione complessiva pari a 980 PL (3,11 PL per 1.000 abitanti). Tale configurazione risulta essere perfettamente equilibrata tra le esigenze della popolazione regionale, inclusa la mobilità attiva, e le necessità di recuperare efficienza ed efficacia.

Com'è possibile osservare nella Tabella 41, rispetto all'attuale dotazione di posti letto, sarà necessario procedere ad una complessiva razionalizzazione di posti letto pari a 289 unità (ovvero -0,92 PL per 1.000 abitanti).

Per il dettaglio della dotazione dei posti letto per disciplina per ciascuna struttura si rimanda all'Allegato 1: "Dettaglio per struttura della dotazione futura di posti letto e Dettaglio per presidio ospedaliero ASReM delle Unità Operative".

Posti letto SSR Molise - Dotazione futura			DELTA		
	RO	DH		RO	DH
Acuzie	712	83	Acuzie	-178	-63
PL per 1.000 ab.	2,53		PL per 1.000 ab.	-0,77	
Post Acuzie	183	2	Post Acuzie	-37	-11
PL per 1.000 ab.	0,59		PL per 1.000 ab.	-0,15	
Totale complessivo	895	85	Totale complessivo	-215	-74
Totale SSR	980		Totale SSR	-289	
PL per 1.000 ab.	3,11		PL per 1.000 ab.	-0,92	

Tabella 41: Rideterminazione posti letto ospedalieri - dotazione futura

Il nuovo assetto della rete ospedaliera – Presidi ASREM

Il modello adottato prevede che l'attività ospedaliera si concretizzi in un'offerta unitaria, governata attraverso un sistema Hub and Spoke.

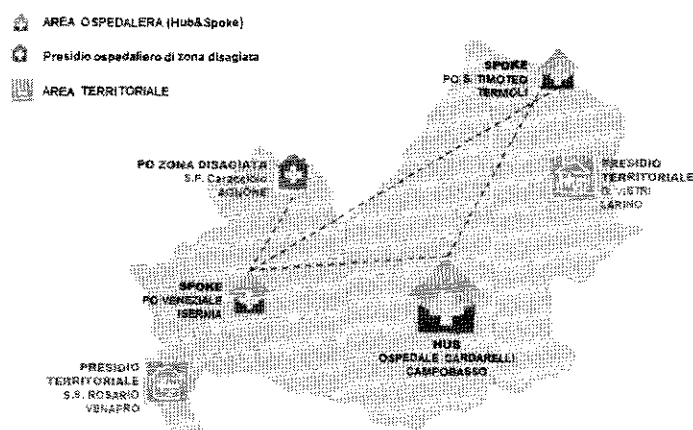


Figura 4: Nuova configurazione degli stabilimenti pubblici ospedalieri

Il Presidio Cardarelli di Campobasso – DEA di I livello diventerà concretamente HUB per la rete Ospedaliera e dell'Emergenza Urgenza. Allo stesso saranno strutturalmente e funzionalmente collegati i Presidi Venezia di Isernia e S. Timoteo di Termoli. Per tale presidio si prevede, inoltre, di avviare e concludere entro il periodo di

vigenza del presente documento l'integrazione funzionale con la Fondazione Giovanni Paolo II (si rimanda all'apposita sezione per maggiori dettagli).

Per quanto riguarda l'**Ospedale S.F. Caracciolo di Agnone**, in considerazione del fatto che lo stesso insiste su un'area montana particolarmente disagiata, in cui risiede una popolazione significativamente rilevante e a cui fanno riferimento i residenti nei comuni extraregionali confinanti, e tenuto conto che è distante dai centri ospedalieri maggiori di Isernia e Campobasso, a cui è collegato attraverso una viabilità tortuosa ed impegnativa, si ritiene opportuno che questo ospedale assolva alle funzioni di assistenza e di cura dei pazienti acuti con la possibilità di ricoverare ed osservare i pazienti che richiedono un periodo di cure più lungo, oltre che stabilizzare e provvedere al trasferimento all'ospedale di livello superiore.

A tal fine l'ospedale di Agnone sarà dotato di:

- ☒ Un servizio di Emergenza-Urgenza, presidiato da un organico medico dedicato a tale attività (personale in turnazione dallo Spoke di Isernia), che svolga attività di primo intervento;
- ☒ Un'attività di Medicina Generale, dotata di 14 posti letto e con un proprio organico di medici e di infermieri per il ricovero dei pazienti acuti.

Dal punto di vista organizzativo e funzionale, la medicina generale conserva la propria autonomia, integrandosi nel PS di Isernia (con il personale dello Spoke) e nel DEA di I livello di Campobasso.

I Servizi Diagnostici previsti constano di: radiologia con trasmissione di immagini, collegata alla radiologia del DEA di riferimento; laboratorio di analisi, collegato con gli analisti della rete regionale dei laboratori; disponibilità di apparati per analisi fast in emergenza-urgenza; presenza di un'emoteca.

Con la riconversione dei Presidi di Larino e Venafro e la caratterizzazione dell'ospedale di Agnone come ospedale di "Area disagiata" vengono, quindi, previsti posti letto per acuti nei soli presidi pubblici di Campobasso, Isernia, Termoli ed Agnone per la zona disagiata, in modo da rispondere da un lato al modello Hub-Spoke, fatta salva l'ottemperanza agli standard di riferimento per l'istituzione delle discipline ad alta specializzazione, dall'altro al bisogno di ospedalizzazione espresso dalle popolazioni afferenti ai diversi territori della regione. A tal fine il presidio di Campobasso, individuato come DEA di I livello, e i Presidi di Isernia e Termoli, individuati come Pronto Soccorso, costituiranno l'architettura delle Reti Tempo dipendenti.

Il nuovo assetto della rete ospedaliera – Strutture private accreditate

Vista la nuova dotazione di posti letto e in considerazione delle nuove indicazioni inserite nel Decreto Ministeriale 70/2015 (Regolamento sugli standard ospedalieri) si rende necessario modificare gli attuali accreditamenti di posti letto a carico del SSR molisano e rivedere la configurazione organizzativa per quelle strutture che non rispettano i limiti normativi previsti in termini di posti letto minimi.

In data 30 giugno 2015 la Struttura Commissariale ha, inoltre, emanato il DCA 30/2015 (prot. SiVeAS 54_A del 06.07.2015) con il quale amplia la disciplina dell'attività di chirurgia ambulatoriale complessa (Branca 80).

Progetto di integrazione dell'Ospedale Cardarelli di Campobasso presso la struttura della Fondazione Giovanni Paolo II

La Fondazione Giovanni Paolo II gestisce in Campobasso una struttura ospedaliera di complessivi 130 posti letto accreditati, di cui 118 ordinari e 12 diurni. I punti di forza quali-quantitativi della sua offerta sanitaria sono essenzialmente connessi alle attività rivolte alle patologie cardiologiche ed oncologiche. Da un punto di vista meramente strutturale, la Fondazione Giovanni Paolo II è una struttura ospedaliera moderna e razionale, adeguata alla più recente normativa antisismica, antincendio e di sicurezza.

Il Presidio Ospedaliero "Cardarelli", gestito dall'ASReM, dista poche centinaia di metri dalla struttura ospedaliera Giovanni Paolo II. Attualmente sono complessivamente attivi 336 posti letto per acuti, di cui 287 ordinari e 49 diurni. Il "Cardarelli" è stato individuato dalla programmazione sanitaria come l'Hub regionale e ospita il DEA e tutte le discipline ricomprese nella rete regionale dell'emergenza della Regione Molise.



Allo stato attuale la Fondazione Giovanni Paolo II occupa solo parzialmente lo spazio complessivo utile edificato. La struttura "Cardarelli" è costituita da tre blocchi completati rispettivamente negli anni 1982, 1988 e, l'ultimo, nel 2001.

Pur rispondendo ai criteri di sicurezza dell'epoca, la struttura del Cardarelli necessita di numerosi interventi di consolidamento di alcune paratie esterne, miglioramento ed adattamento alle nuove normative intervenute (in particolare quella antiincendio ed antiinfortunistica) che richiedono un notevole investimento, valutato presuntivamente intorno ai 60/65 milioni di euro.

Acquisita la disponibilità della Fondazione Giovanni Paolo II a mettere a disposizione per le necessità di ASReM i locali non utilizzati dalla stessa nella propria struttura, si è proceduto ad una valutazione sulle possibilità di utilizzo di detti spazi per le esigenze del Presidio Ospedaliero "Cardarelli", prevedendo un'organizzazione sanitaria basata sul modello per intensità di cura.

Da tale analisi, è emerso che un intervento di razionalizzazione dell'offerta delle due strutture renderebbe possibile il trasferimento di tutte le attività del Presidio "Cardarelli" all'interno della struttura Giovanni Paolo II. Tale soluzione renderebbe possibile la dismissione del primo e del secondo corpo di fabbrica del "Cardarelli", i più datati e più bisognosi di interventi di manutenzione straordinaria, con un notevole risparmio per le finanze pubbliche.

La possibilità di detta soluzione è però subordinata ad un importante intervento di razionalizzazione, all'interno della stessa struttura edilizia, sia per le discipline ospedaliere con posti letto, ma anche e soprattutto per i servizi senza posti letto e le dotazioni tecnologiche che, all'interno della struttura Giovanni Paolo II, sono presenti ed adeguati.

La proposta di integrazione si caratterizza nella compresenza nella stessa struttura con spazi autonomi e separati, di due soggetti giuridici diversi con distinte titolarità e soggettività giuridiche e autonomie gestionali. Tale configurazione porterà alla definizione di un contratto di servizio che possa determinare i corrispettivi dei due soggetti rispetto alle spese sostenute per l'utilizzazione, il funzionamento e la manutenzione sia delle strutture che delle apparecchiature, fermo restando gli oneri previsti dal contratto di fornitura per prestazioni e servizi previsto dal rapporto tra soggetto erogatore accreditato e Regione Molise.

A fronte di ciò, sarà oggetto di necessaria analisi condivisa la:

- Modalità di utilizzo dei servizi di diagnostica e laboratorio in capo a FGPII/Cardarelli per l'attività di ricovero in elezione;
- Gestione dei servizi alberghieri e non sanitari;
- Verifica dei contratti in essere sui beni e servizi sanitari e non.

Per attivare il processo di progressivo trasferimento delle attività e servizi del Presidio Ospedaliero "Cardarelli" presso la nuova struttura Fondazione Giovanni Paolo II, a partire dal mese di luglio 2016 si costituiranno gruppi di lavoro con l'obiettivo di definire gli elementi caratterizzanti:

- Gli aspetti giuridico-contrattuali per la gestione separata ed integrata tra i due soggetti giuridici, comprensiva dei rapporti giuridico-amministrativi, contabili e di monitoraggio correlati alla gestione dei settori comuni;
- Disciplina dei rapporti tra le direzioni dei presidi inerenti la gestione ordinaria della direzione sanitaria di presidio ASReM e quella di FGPII;
- La governance interna ad ASReM derivante dal nuovo assetto del Cardarelli che, in veste di HUB regionale, ha in capo la guida degli ambiti regionali di assistenza;
- L'individuazione di strumenti di monitoraggio, verifica e controllo gestionale-contabile;
- Lo studio sui percorsi per ciascuna unità in relazione agli standard nazionali e regionali in materia;
- L'utilizzo dei servizi di diagnostica in capo a FGPII/Cardarelli per l'attività di ricovero in elezione.



Handwritten signature and stamp

- L'utilizzo o nuova allocazione delle apparecchiature del Cardarelli;
- La coerenza degli spazi proposti con la reale produzione per l'assistenza ambulatoriale e verifica di alternative organizzative o di collocamento geografico;
- L'analisi del fabbisogno di personale e ipotesi di riallocazione/ricerca del personale eccedente o carente sul SSR;
- La verifica di coerenza di tutti i flussi informativi gestionali e contabili rispetto al nuovo assetto;

È già stata condivisa tra Regione Molise, ASReM e Fondazione Giovanni Paolo II la dotazione complessiva di posti letto per le due entità e le modalità di utilizzo dei servizi sanitari e non sanitari. Tale intesa è già ricompresa nel computo complessivo di posti letto del SSR.

La prospettiva di integrazione tra le due strutture permetterebbe di ottenere una serie di benefici in termini di:

- Salvaguardia delle eccellenze delle due strutture;
- Differenziazione delle aree di specialità tra le due strutture, in particolare per FGPII si intende mantenere la vocazione per la cardiologia e l'oncologia senza pregiudicare le attività del Cardarelli;
- Reale integrazione della FGPII nelle reti ASReM;
- Creazione di una struttura ospedaliera vero HUB regionale di riferimento.

Il Modello Organizzativo

L'integrazione delle due Strutture prevede il mantenimento, l'autonomia e la separazione dei due Enti. La Fondazione come soggetto giuridico privato e l'Ospedale Cardarelli come Presidio Ospedaliero dell'ASReM. Secondo tale modello organizzativo la Fondazione continuerebbe a svolgere le attività di erogatore privato delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali, come Struttura privata accreditata, con un rapporto contrattuale per l'acquisto delle prestazioni sanitarie, gestito a livello centrale dalla Regione. Pertanto rimane in capo alla Regione Molise la programmazione e la gestione dei rapporti con la Fondazione Giovanni Paolo II.

L'Ospedale Cardarelli svolgerà la funzione di Presidio Ospedaliero dell'ASReM secondo l'indirizzo e la programmazione sanitaria regionale.

In tale prospettiva, la Fondazione Giovanni Paolo II, per la parte di attività autonomamente realizzata, sarà integrata all'interno delle reti regionali e svolgerà le attività previste per l'Hub regionale. Saranno regolamentati i rapporti fra le due strutture sia per il trasferimento di pazienti dall'una all'altra (sempre nel rispetto dei limiti di budget assegnato alla Fondazione Giovanni Paolo II) che per la reciproca fornitura di servizi sanitari ed eventualmente amministrativi e tecnici.

L'eventuale gestione comune dei servizi sanitari di supporto, amministrativi e tecnici ha lo scopo di ottenere economie di scala nella fruizione dei servizi all'interno della struttura comune e comportare un beneficio in termini di risparmio ed efficientamento nell'utilizzo delle risorse da parte dell'Ospedale Cardarelli. In relazione alla specificità dei servizi, si provvederà a regolamentare l'utilizzo degli stessi da parte delle due Strutture, mediante una specifica disciplina contrattuale, e l'attivazione di appositi controlli e monitoraggi della spesa in modo da garantire la separazione dei costi ed evitare commistioni.

Con specifico riferimento all'utilizzo dei servizi di cui sopra, i due Enti sottoscriveranno un contratto che prevede la gestione degli stessi, la quantificazione e valorizzazione, il monitoraggio dei consumi/utilizzo delle prestazioni, la rendicontazione dei costi.

Al fine di garantire la netta separazione delle due Strutture, non saranno previsti utilizzi di personale della Fondazione da parte dell'Ospedale Cardarelli e viceversa, in nessuna forma contrattuale, ciò al fine di mantenere l'autonomia professionale all'interno delle specialità delle due Strutture e le differenti tipologie di rapporto giuridico-contabile del personale.

L'integrazione prevede, il completo trasferimento di tutte le Unità Operative e specialità dell'Ospedale Cardarelli presso gli spazi ed i locali della Fondazione Giovanni Paolo II attraverso la stipula di un contratto di comodato d'uso gratuito della durata di 99 anni.

Poiché non tutti gli spazi, presenti presso la Fondazione sono immediatamente disponibili e predisposti ad accogliere le attività delle Unità Operative del Cardarelli, sarà necessario prevedere un intervento edilizio di completamento e adeguamento degli spazi, da attuarsi a carico della Regione mediante il ricorso ai finanziamenti dell'ex art. 20 Legge 66/88. Agli interventi di adeguamento degli spazi, si aggiunge anche la necessità di realizzare



il Pronto Soccorso e una piazzola destinata all'elisoccorso del 118. Gli interventi da finanziare, secondo una prima stima sono pari a circa 30/35 €/mln, a fronte di una necessità di adeguamento alla normativa sulla sicurezza della Struttura dell'Ospedale Cardarelli, quantificabile in 60-65 €/mln.

Il Contratto sottoscritto dai due Enti dovrà disciplinare i seguenti ambiti:

Ambito Legale e di Governance:

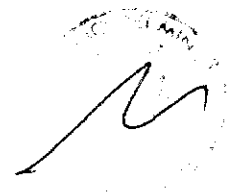
- Studio degli aspetti giuridico-contrattuali per la gestione dei nuovi rapporti tra le due entità;
- Analisi degli aspetti giuridici, amministrativi, contabili e di monitoraggio derivanti dall'interazione;
- Governance interna ad ASReM derivante dal nuovo assetto del Cardarelli che, in veste di HUB regionale, ha in capo la guida degli ambiti regionali di assistenza.
- Individuazione di strumenti di monitoraggio, verifica e controllo gestionale-contabile.

Ambito sanitario e Organizzativo:

- Studio sui percorsi d'emergenza-urgenza clinico-assistenziali e gestionali-organizzativi per ciascuna unità operativa in relazione agli standard nazionali e regionali in materia;
- Utilizzo dei servizi di diagnostica per l'attività di ricovero in elezione;
- Utilizzo o nuova allocazione delle apparecchiature dell'Ospedale Cardarelli;
- Coerenza degli spazi proposti con la reale produzione per l'assistenza ambulatoriale e verifica di alternative organizzative o di collocamento geografico;
- Analisi del fabbisogno di personale e ipotesi di riallocazione / ricerca del personale eccedente o carente sul SSR;
- Verifica di coerenza di tutti i flussi informativi gestionali e contabili rispetto al nuovo assetto.

Ambito Strutturale:

- Analisi e ipotesi di collocazione dei servizi di supporto e amministrativi per i quali si può rendere necessaria una diversa soluzione allocativa.

A handwritten signature in black ink is written over a circular stamp. The stamp contains the text "REGIONE MOLISE" and "ASReM" around the perimeter, with a central emblem.

Modello organizzativo Ospedaliero per intensità di Cura

L'integrazione tra Ospedale Cardarelli e FGPII consente di aggiornare gli attuali modelli organizzativi e gestionali, interni all'Ospedale, verso modalità e regole di Governance più moderne ed efficienti, incentrate sull'intensità di cura e la continuità assistenziale. L'implementazione del modello per intensità di cura si basa su:

Piattaforme di ricovero a ciclo continuo:

- *Area di ricovero ad alta intensità (o delle intensive)*, comprendente la Rianimazione, l'UTIC, la Stroke Unit in cui sono assistiti pazienti critici e instabili. La Medicina d'Urgenza rientra in questo livello dell'alta intensità nell'ambito del DEA;
- *Area di ricovero a media – bassa intensità*, comprendente prevalentemente pazienti acuti monospecialistici e pazienti polipatologici, plurispecialistici in condizioni di maggior complessità assistenziale. L'organizzazione delle degenze a medio-bassa intensità per aree omogenee funzionali riguarda essenzialmente:
 - Area medica;
 - Area chirurgica con separazione del percorso dell'urgenza dal percorso di ricovero elettivo (Long Surgery e Week Surgery);
- Area materno-infantile, degenze ciclo continuo e ciclo diurno (servizio IVG).

Aree di degenza Diurna Multidisciplinare:

- Tali aree comprendono i servizi di Day Hospital, Day Surgery, Pre-ospedalizzazione e Day Service.

Assetto dell'ospedale organizzato secondo il modello per intensità di cura

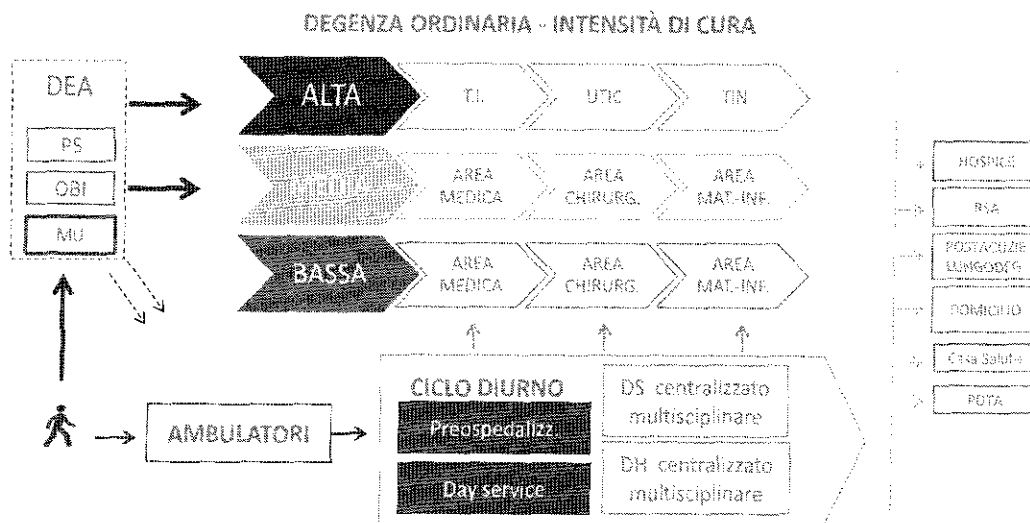


Figura 5: Assetto dell'ospedale organizzato secondo il modello per intensità di cura



[Handwritten signature]

Layout organizzativo e percorso di presa in carico del paziente

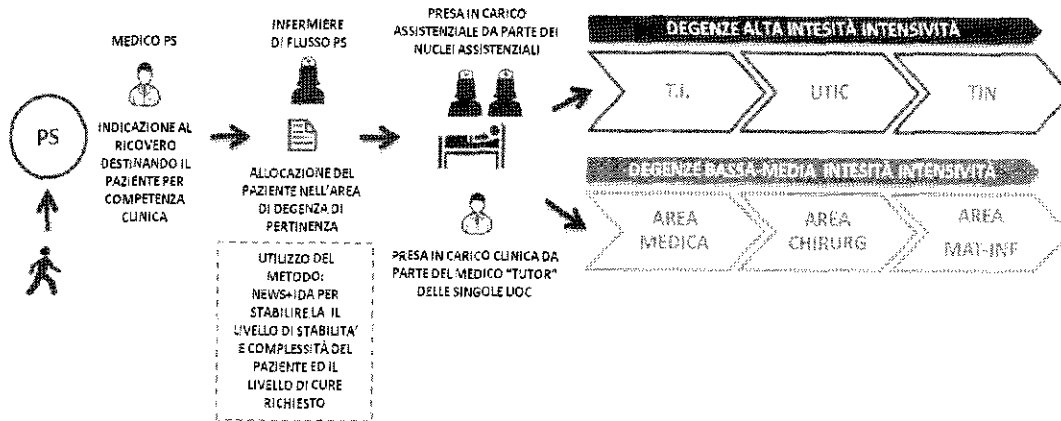
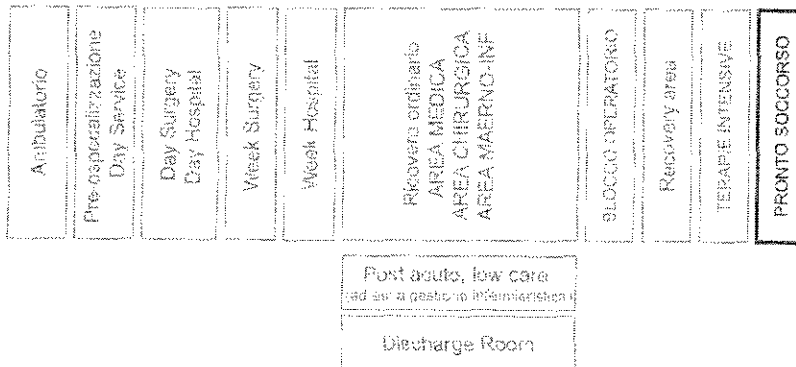


Figura 6. Layout organizzativo e percorso di presa in carico del paziente

Gli asset produttivi



Ridefinizione delle **AREE PRODUTTIVE (ASSET PRODUTTIVI)** con l'obiettivo di massimizzare l'utilizzo della capacità produttiva delle diverse unità produttive (sale operatorie, aree di degenza, servizi, ecc.), ottimizzando allo stesso tempo i carichi di lavoro del personale.

Figura 7: Gli asset produttivi

Le operations nelle diverse funzioni clinico-gestionali

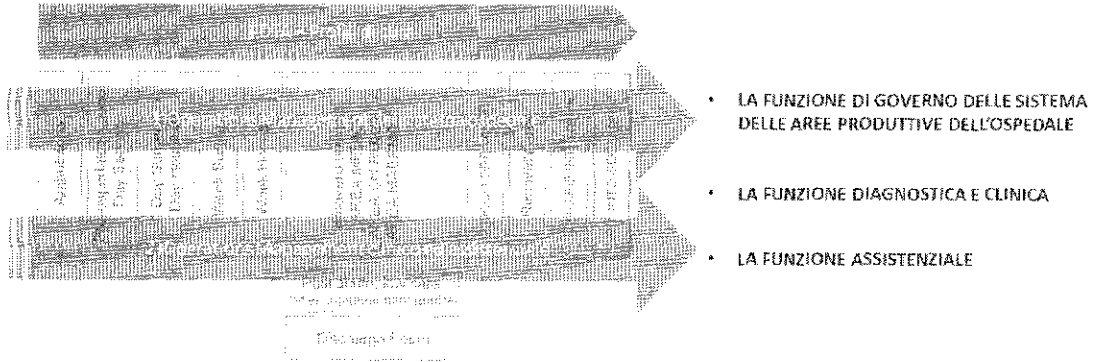
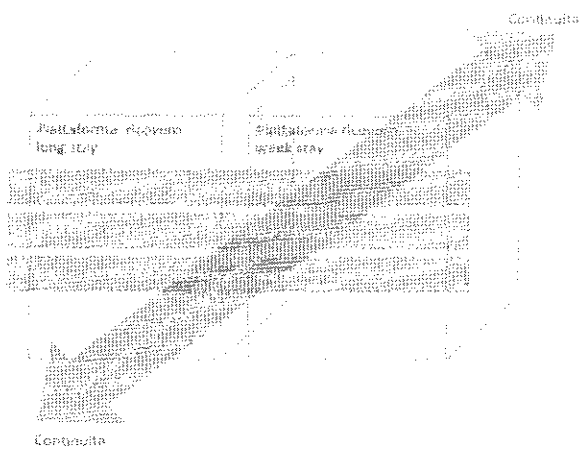


Figura 8: Le operations nelle diverse funzioni clinico-assistenziali

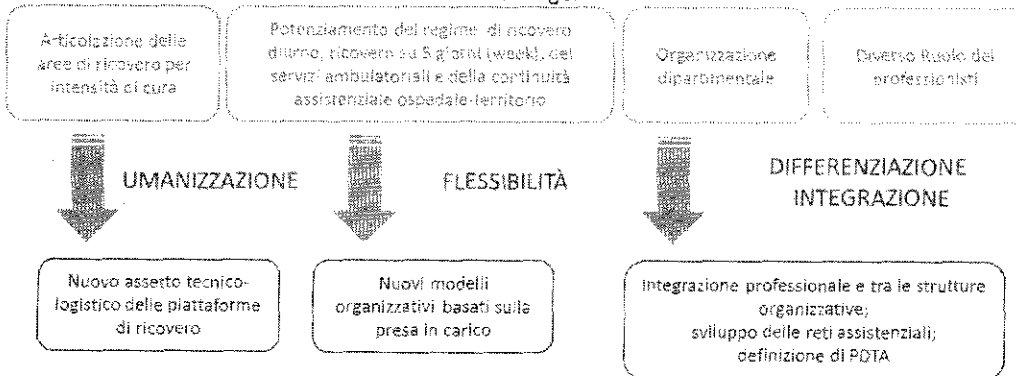
Le aree di ricovero: piattaforme funzionali per aree omogenee e multidisciplinari



Le aree ospedaliere di degenza sono riorganizzate per intensità di cura mediante **piattaforme di ricovero funzionali per aree omogenee e multidisciplinari**, superando in questo modo l'organizzazione statica dell'organizzazione specialistica, nonché lo stesso modello di allocazione e gestione delle risorse strutturali centrato sulle specialità cliniche e sulle unità organizzative a confini rigidi, le quali risultano inefficienti da un punto di vista produttivo e, in alcuni casi, anche inadatte a garantire le integrazioni clinico - professionali auspicate.

Figura 9: Piattaforme funzionali per aree di ricovero omogenee

Criteri caratterizzanti la trasformazione delle aree di degenza



L'adozione di questo nuovo modello organizzativo permette un migliore utilizzo delle risorse e, soprattutto, rende più flessibile e dinamica la risposta della struttura alle necessità dei pazienti. Si deve abbandonare la vecchia logica che porta a misurare l'attività sanitaria in base alla quantità dei posti letto, concentrandosi, invece, sugli esiti delle cure e sugli altri indicatori di performance che rappresentano il vero metro di giudizio di un sistema sanitario efficiente e di qualità.

Figura 10: Criteri caratterizzanti le aree di degenza

Cronoprogramma attuativo

I gruppi di lavoro misti a guida regionale, tra personale ASReM e della Fondazione GPII, hanno il mandato per analizzare definire e fornire soluzioni su tutti gli aspetti proposti per l'integrazione. Si dovrà presentare un piano di fattibilità entro 60 giorni dalla data di approvazione del POS 2015-2018. In particolare si dovranno valutare:

- Ambito legale e di governance;
- Ambito sanitario e organizzativo;
- Ambito strutturale.

Il piano di fattibilità dovrà contenere una valutazione economica e di investimenti dettagliata. Allo stesso tempo dovrà contenere i tempi di realizzazione e di trasferimento con un crono-programma dettagliato.

Si procederà poi alla definizione della documentazione per l'accesso agli investimenti di edilizia sanitaria propedeutica per il reperimento delle risorse necessarie all'avvio dei lavori di completamento e di nuova realizzazione.

Di seguito si rappresenta il cronoprogramma delle attività

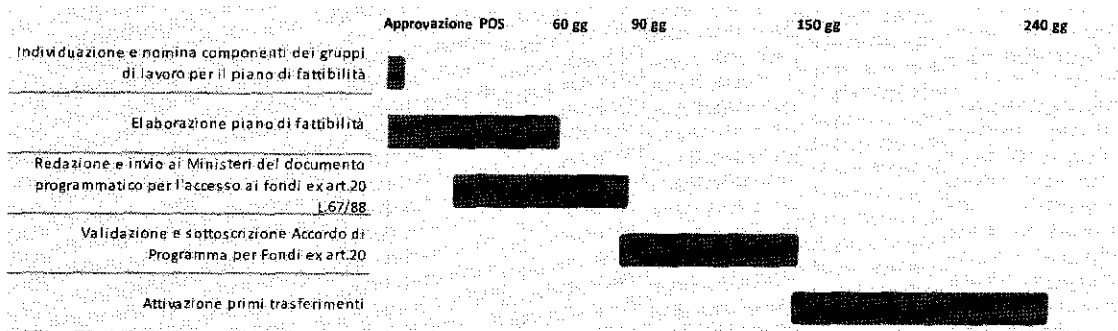


Figura 11: Cronoprogramma

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Rimodulazione rete ospedaliera	
Disattivazione delle funzioni di ricovero di ricovero per le strutture ospedaliere pubbliche e private	
Riequilibrio dell'offerta di assistenza ospedaliera del SSR	
Indicatori di risultato	Tempistica
Emanazione DCA sul piano di riassetto della rete ospedaliera	Entro 30 GG da emanazione DCA su POS 2015-2018
Attivazione primi trasferimenti integrazione FGPII Cardarelli	Entro 6 mesi da emanazione DCA su POS 2015-2018
Disattivazione delle funzioni ospedaliere di Venafro e Larino	Entro 30 GG da emanazione DCA su POS 2015-2018
Trasformazione dello stabilimento di Agnone in Ospedale di zona disagiata	Entro 30 GG da emanazione DCA su POS 2015-2018
Stipula degli accordi contrattuali con le strutture private	Entro 90 GG da emanazione DCA su riassetto rete ospedaliera
Invio report di monitoraggio per l'attuazione del riassetto della rete ospedaliera	Entro 30 GG da emanazione DCA su riassetto rete ospedaliera
Avvio fase di monitoraggio trimestrale sull'attuazione del riassetto della rete ospedaliera	Entro l'ultimo mese del trimestre di emanazione del DCA sul monitoraggio



ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Rimodulazione posti letto per strutture pubbliche e private	Entro 30 GG da emanazione DCA su riassetto rete ospedaliera
Responsabile del procedimento attuativo	
Struttura Commissariale	
Servizio Ospedalità pubblica e privata della Direzione Generale per la Salute	
Direzione Generale ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
Si stima una riduzione di costi pari a 12.931 €/000	



[Handwritten signature]

11.1.2 Piano Sangue

La Regione Molise ha proceduto a concludere l'iter per l'accreditamento dei centri trasfusionali (DCA 33 e 34 del 30.06.2015). In relazione al Piano Sangue (approvato con DCA 52/2012), la Regione intende semplificare l'organizzazione del coordinamento delle funzioni regionali di governo del sistema e di raccordo con il Centro Nazionale Sangue. La Regione intende, poi, indicare il programma del Piano Visite di Verifica finalizzato ad assicurare che i servizi trasfusionali e le unità di raccolta risultino ispezionate e rispondenti ai requisiti autorizzati e accreditati.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Semplificazione dell'organizzazione regionale	
Aumento del coordinamento con il Centro Nazionale Sangue	
Indicatori di risultato	Tempistica
Emanazione Programma Visite di Verifica	Entro 30 GG da emanazione DCA su riassetto rete ospedaliera
Responsabile del procedimento attuativo	
Struttura Commissariale	
Direzione Generale per la Salute	

11.1.3 Riduzione dell'incidenza dei parti cesarei

Dall'analisi epidemiologica relativa all'anno 2014 si confermano i valori di incidenza percentuale dei parti cesarei sul totale dei parti in Molise simili a quelli degli anni 2011, 2012 e 2013. Pertanto, al fine di ridurre in maniera esaustiva la fenomenologia distorsiva, sulla scorta dei dati epidemiologici riportati in tabella, è già stata predisposta nota al D.G. ASReM per l'attuazione delle azioni da intraprendere per la risoluzione definitiva della problematica che comunque, data l'alta incidenza di parti cesarei (43,7%), può essere superata solo nell'arco di un biennio. L'obiettivo è quello di riportare la percentuale regionale verso valori in linea con la media nazionale e con gli standard di riferimento (incidenza pari a circa il 20% dei parti cesarei). Per raggiungere tale obiettivo si dovrebbe ridurre del 23,7% i parti cesarei (corrispondenti a circa 390 procedure); escludendo i parti complicati si prefigura una riduzione del 16,5% (36,5% di parti cesarei).

A tal fine Regione Molise ed ASReM intendono emanare una disposizione del Direttore Generale aziendale che indichi le azioni da intraprendere per ridurre i tagli cesarei nel 2016. Tale Nota sarà emanata entro Agosto 2016.

Inoltre, in conformità a quanto previsto dalla normativa nazionale vigente, è prevista la disattivazione del punto nascita di Isernia entro il 31.12.2017.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Riduzione incidenza parti cesarei sul totale parti	
Allineamento agli standard nazionali in materia di parti cesarei	
Indicatori di risultato	Tempistica
Emanazione Nota DG ASReM su azioni per ridurre parti cesarei	Agosto 2016
Disattivazione del punto nascita di Isernia	Dicembre 2017
Responsabile del procedimento attuativo	
Direzione Generale ASReM	
Direzione Generale per la Salute	

11.2 Rete dell’Emergenza e delle Reti Tempo – Dipendenti

La Regione Molise, così come prescritto nel DM 70/2015, intende avviare e concludere nel periodo di vigenza del presente documento un nuovo modello organizzativo dell’assistenza, caratterizzato da un potenziamento delle attività sul territorio e dalla realizzazione di una rete ospedaliera dedicata alle patologie complesse.

Il territorio e la popolazione della Regione Molise richiedono di modulare le Reti attraverso un sistema SES 118 sviluppato in aree complesse adattando gli interventi, secondo le necessità, verso un trasporto rapido o la gestione sul luogo dell’evento, integrato ad un sistema ospedaliero concentrato su tre strutture coordinate in grado di offrire una risposta qualitativamente adeguata ai volumi di attività svolta, e collegato ad un sistema sovraregionale con cui condividere la risposta per competenze, che, a loro volta, necessitano di bacini epidemiologici diversi per la loro sostenibilità clinica ed economica.

11.2.1 Rete di Emergenza

La razionalizzazione della rete ospedaliera e territoriale di emergenza è un processo rivolto a garantire e implementare qualità e tempestività dei servizi per il cittadino attraverso una visione organizzativa di rete e percorsi clinici integrati con procedure condivise.

Stato attuale della rete di Emergenza

La configurazione attuale risulta così composta:

Stato attuale rete emergenza	
Struttura/Mezzi	Dotazione
Centrale operativa 118	1
Postazioni territoriali MSA	16
Servizio di Elisoccorso	Convenzione Regione Abruzzo
Ospedali con accesso Pronto Soccorso	6

Tabella 42: Stato attuale rete emergenza

Non sono, infine, disponibili: protocolli clinici regionali, percorsi integrati con la medicina territoriale, sistema di telemedicina, progetto di valutazione sistematica, percorsi formativi formalizzati per il “*continuing professional development*”.

Rete territoriale del Soccorso - Sistema emergenza territoriale 118: Situazione attuale

Stato attuale rete territoriale di emergenza						
Denominazione	Ambulan. tipo A stab.	Ambulan. tipo A con medico stab.	Ambulan. tipo B stab.	Ambulan. pediatriche stab.	Ambulan. trasp. emergenza neonato	Unità mobili rianimazione stab.
PRESIDIO OSPEDALIERO 'A. CARDARELLI'	2	0	1	0	2	0
OSPEDALE S. TIMOTEO- TERMOLI	0	0	0	0	0	2
OSPEDALE G. VIETRI- LARINO	0	0	1	0	0	1
OSPEDALE VENEZIALE- ISERNIA	1	0	1	0	0	0
OSPEDALE CARACCILO AGNONE	1	0	2	0	0	0
OSPEDALE SS. ROSARIO - VENAFRO	1	0	1	0	0	0
Totale	5	0	6	0	2	3

Tabella 43: Dotazione strutturale nel 2015 della rete territoriale di emergenza

La revisione del Sistema 118 è prevista attraverso l’elaborazione di un documento specifico, da completare entro 3 mesi dall’approvazione del seguente documento, qualificando la fase di transizione verso la nuova rete ospedaliera con azione rivolte a garantire sicurezza e tempestività e acquisire nuove funzioni, incluse nelle



indicazioni operative, con progressivo adeguamento strutturale e di risorse umane agli standard organizzativi e qualitativi richiamati.

Relativamente alla riorganizzazione della rete territoriale di emergenza (postazioni 118 e MSA) si stima l'attuale dotazione leggermente superiore rispetto alle reali necessità della popolazione ed ai volumi di prestazioni erogate. Si prevede una riorganizzazione del servizio, anche attraverso una diversa ubicazione delle postazioni e un diverso mix di mezzi utilizzati (postazioni con mezzi avanzati – ALS e postazioni con mezzi di base – BLS con utilizzo delle auto medicalizzate con "rendez vous"), cautelativamente entro Marzo 2017 dato che si ritiene non attuabile senza la preventiva messa a regime della nuova rete per l'emergenza-urgenza e delle reti tempo dipendenti.

Indicazioni operative

Cronoprogramma azioni	
Azioni programmate	Entro il
Mantenimento nella fase di transizione delle 16 postazioni attuali finalizzato all'adeguamento del sistema con maggiore centralizzazione e contestuale riorganizzazione e razionalizzazione delle postazioni attuali	Marzo 2017
<p>ASReM dovrà produrre un documento di revisione del sistema, validato e verificato dalla competente Direzione regionale, su:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'appropriatezza delle sedi attuali alla luce della riorganizzazione della rete, del suo fabbisogno, condizionato dai picchi stagionali in determinate aree e dalla situazione viaria; • La progressiva diversificazione dinamica e qualitativa degli interventi con l'attivazione, secondo il fabbisogno, di auto-medicalizzate e/o MSB attraverso la revisione delle attività per postazione e tempi di percorrenza; • La metodologia di allertamento per il rispetto dei tempi standard; • L'attivazione della centralizzazione primaria per le Reti tempo-dipendenti con utilizzo di strumentazione wireless per la trasmissione di informazioni cliniche e strumentali; • L'acquisizione dei trasporti secondari finalizzati alla centralizzazione secondaria in continuità di soccorso per competenze non disponibili, valutando il fabbisogno attuale di trasferimento intra e extraregionale per urgenze da Pronto Soccorso e dalle Terapie Intensive; • L'integrazione con l'attività della continuità territoriale e costituzione di centrale operativa integrata del 118 e della continuità assistenziale; • Il progressivo adeguamento agli standard in relazione alle funzioni acquisite. 	Entro 3 mesi dall'emanazione del presente documento

L'attività assistenziale sarà sottoposta a verifica sulla base di indicatori di qualità organizzativa e di processo sviluppati sui criteri richiesti dal Ministero competente e di quelli compresi nel documento "criteri e standard del servizio 118" sviluppati dal SIS118, su cui verrà attivata rilevazione e report periodici soggetti ad Audit annuale.

11.2.2 Rete dell'Emergenza Ospedaliera

La riorganizzazione e rimodulazione della rete ospedaliera è resa necessaria dal rispetto degli standard nazionali e dalla congruità tra capacità delle strutture e volumi di attività, nella consapevolezza di dovere rispondere con l'appropriatezza organizzativa e clinico-assistenziale adeguata a oltre 100.000 accessi per una condizione clinica di acuzie.

Al riguardo, l'introduzione del modello di *Bed Management* in tutte le strutture ospedaliere della regione può consentire di garantire i seguenti outcome:

- ▣ Riduzione dell'attesa dei pazienti in pronto soccorso per la disponibilità del posto letto;
- ▣ Collocazione appropriata nell'area di degenza di pertinenza;
- ▣ Ottimizzazione del flusso in uscita dei pazienti ampliando la disponibilità di posti letto dell'ospedale;



- Rispetto dei tempi di accettazione dei ricoveri programmati.

Situazione attuale

La Rete attuale è articolata su sei strutture ospedaliere dotate di Pronto Soccorso attivo ovvero in tutti gli stabilimenti pubblici. All'attività della Rete di Emergenza contribuiscono in modo non organizzato la struttura IRCCS Neuromed (Pozzilli) per la competenza neurologica e la Fondazione Giovanni Paolo II (Campobasso) per la competenza cardiocirurgica.

Indicazioni operative per la nuova organizzazione

La riorganizzazione della Rete Ospedaliera di Emergenza ha come obiettivo principale quello di concentrare gli accessi su strutture in grado di offrire una risposta efficiente ed appropriata, identificando le sedi con il ruolo Hub e Spoke e quelle per cui sia necessario un riferimento extraregionale.

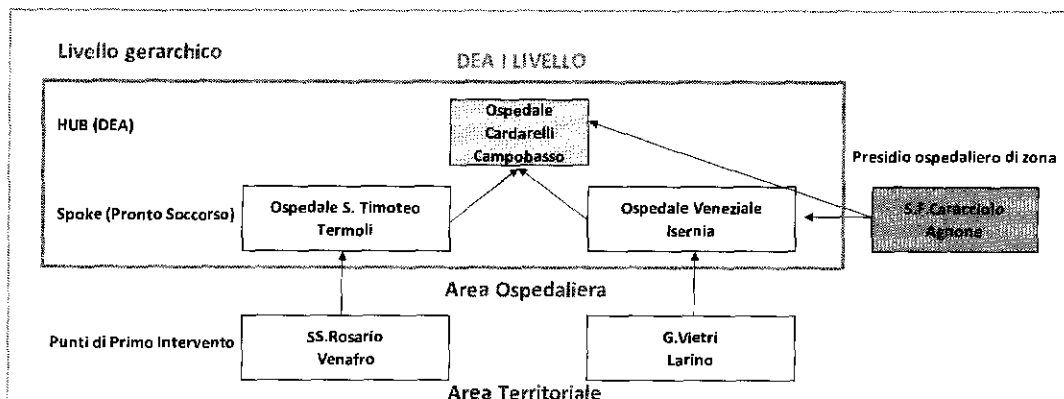


Figura 12: Futura assetto rete emergenza-urgenza ospedaliera

In considerazione delle peculiarità geografiche, demografiche ed infrastrutturali del territorio regionale risulta fondamentale una risposta sanitaria omogenea sul territorio e una capacità di intervento efficace e rapida in tutti i punti della regione la nuova Rete sarà sviluppata secondo questi criteri (Vedi Figura 12):

- Gli ospedali di Venafro e Larino saranno oggetto di riconversione in strutture territoriali senza accesso di P.S. ma con l'attivazione temporanea di PPI (Punti di Primo Intervento), fermo restando le indicazioni previste dal DM 70/2015, per poi essere interamente gestite dal personale 118 attraverso le postazioni medicalizzate, già comunque attive;
- L'ospedale di Agnone, anch'esso oggetto di riconversione, viene inquadrato come Presidio di zona particolarmente disagiata per le condizioni orografiche e di logistica;
- L'Ospedale di Campobasso assume il ruolo di "Hub" regionale come DEA I livello per la centralizzazione di alcune competenze e, proprio per le caratteristiche orografiche del territorio, mantiene specialità già attive nel territorio regionale, quali la neurologia e la chirurgia vascolare. Queste competenze, pur essendo caratterizzanti di un DEA di livello superiore, sono ritenute indispensabili per la gestione delle Reti Tempodipendenti;
- Gli Ospedali di Isernia e Termoli devono essere in grado di svolgere un ruolo autonomo per il proprio bacino di popolazione, caratteristico di un Pronto Soccorso territoriale, ma in relazione ai volumi di attività ed alla logistica mantengono competenze di un Ospedale di I livello;
- La disponibilità di specifiche competenze disciplinari, non compatibili con gli standard di bacino di utenza, richiede la definizione di accordi per l'indirizzo diretto delle persone che necessitino di queste discipline.
- Gli accordi verranno attivati a livello:
 - Regionale per la cardiocirurgia;

- Extraregionale per la chirurgia toracica, chirurgia pediatrica, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia della mano; centro ustioni, patologie ematologiche;
- Il centro Hub assume il ruolo di riferimento per competenze non disponibili nelle 24 h nei centri spoke quali: endoscopia digestiva e radiologia interventistica.
- Relativamente alle strutture private Neuromed e soprattutto FGPII (vista l'integrazione con il Cardarelli) verranno studiati e proposti apposti accordi che saranno inviati per preventiva approvazione ai Ministeri affiancanti.

Cronoprogramma azioni	
Azioni programmate	Entro il
<p>L'ASReM dovrà dotarsi di un gruppo di lavoro che sulla base di criteri ed indicatori specifici definisca:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocolli di continuità operativa extra e intraospedaliera per dolore toracico e addominale, trauma, condizioni neurologiche, patologie cardiorespiratorie e psicosi acute; • Modalità, indicazione e tempistica delle consulenze in urgenza; • Criteri di centralizzazione secondaria sviluppati per necessità di competenze non disponibili; • Criteri di back transport per rendere disponibile al paziente acuto la sede idonea di trattamento. 	Entro 3 mesi dall'emanazione del presente documento
<p>L'ASReM dovrà attivare un gruppo di lavoro che, definisca attività per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sottoporre il processo di triage ad una revisione regionale delle procedure con l'obiettivo di: <ul style="list-style-type: none"> • Uniformare i criteri, acquisire il 5° codice, e attivare percorsi nel tempo di attesa; • Attuare un accreditamento delle strutture di Pronto Soccorso sui percorsi per intensità di cura secondo le L.G. nazionali con attivazione secondo il fabbisogno e l'organizzazione ospedaliera di OBI e/o medicina d'urgenza come da regolamento; • Presentare un documento sul personale in attività nell'area di emergenza secondo standard e fabbisogno indicando le attività secondo i flussi; • Attivare di un sistema di rilevazione in tempo reale dei posti letto intensivi e di area medico-chirurgica e dei tempi di esecuzione per i pazienti ricoverati delle principali procedure diagnostiche e interventistiche; • Sviluppare la revisione e attuazione dei piani PEIMAF e definire indicatori e processi connessi alle situazioni di sovraffollamento e/o "mass casualty"; • Produrre una brochure informativa dell'attività di P.S. per i pazienti e familiari in attesa. 	Entro 3 mesi dall'emanazione del presente documento
<p>L'ASReM dovrà attivare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percorsi clinico-diagnostici integrati tra ospedale e territorio alla dimissione dal P.S. finalizzati alla riduzione del fenomeno di rientri per patologie: respiratorie croniche, cardiomiopatie congestizie, neurologiche degenerative, patologie oncologiche ad evoluzione terminale; • Percorso integrato tra ospedale e territorio per i percorsi di continuità assistenziale e presa in carico alla dimissione del pronto soccorso, utilizzando l'invio per mail della scheda di P.S. al MMGG. • L'ASReM dovrà indicare contestualmente all'attivazione delle Rete gli indicatori di qualità organizzativa e di processo assistenziale sulla base dei criteri richiesti dal Ministero competente e di quelli compresi tra gli indicatori nazionali e internazionali, su cui verrà attivata rilevazione e report periodici soggetti ad Audit annuale. 	Entro 3 mesi dall'emanazione del presente documento



11.2.3 Rete per il Trauma

La Rete per il Trauma viene istituita in relazione ai criteri già utilizzati per la Rete Ospedaliera di Emergenza e prevede un rapporto epidemiologico secondo le indicazioni del Ministero della Salute di 450 traumi gravi per 1.000.000 di abitanti con una prevedibilità in Molise di circa 150 traumi gravi/anno all'interno di circa 2.000 nuovi ricoveri/anno.

Situazione attuale

L'accesso per trauma avviene attualmente attraverso sei strutture ospedaliere dotate di Pronto Soccorso attivo: Campobasso, Termoli, Isernia, Larino, Venafro, Agnone.

La disponibilità delle Unità Operative necessarie per la gestione del trauma sono riassunte nella seguente tabella.

Dotazione Unità Operative per la Rete Trauma						
Unità Operative	Campobasso	Isernia	Termoli	Venafro	Larino	Agnone
Radiologia	x	x	x	x	x	x
Laboratorio analisi	x	x	x	x	x	x
P.S con O.B./Med. Urgenza	x	x	x	x	x	
Medicina generale	x	x	x	x	x	x
Chirurgia Generale	x	x	x	x	x	x
Anestesia e rianimazione adulti	x	x	x			
Centro trasfusionale	x	x	x			
Cardiologia con UTIC e laboratorio di Emodinamica	x	x	x			
Cardiochirurgia						
Neurochirurgia	x					
Ortopedia e Traumatologia	x		x	x		
Ostetricia e Ginecologia	x	x	x			
Chirurgia Vascolare	x					
Otorino	x	x	x			
Urologia	x					

Tabella 44: Stato UO nel 2015 della Rete Trauma

Indicazioni Operative per la nuova organizzazione

Il Coordinamento Regionale della Rete di Emergenza assume i compiti di gestione, manutenzione e verifica delle attività di rete.

La Rete viene strutturata su tre strutture:

- Isernia e Termoli sede di Pronto Soccorso per Traumi (PST) svolgono un ruolo autonomo per la gestione del trauma, e assumono per i traumi maggiori il ruolo di "spoke";
- Campobasso è sede di Centro Trauma di Zona (CTZ) e assume il ruolo "Hub" con conservazione delle competenze di neurochirurgia e chirurgia vascolare per i traumi maggiori);
- Nel documento progettuale verranno definiti accordi con strutture extraregionali sede di Centro Trauma di Alta Specializzazione (CTS) per competenze non disponibili nell'ambito regionale;
- L'Ospedale di Isernia assumerà il ruolo di PST dal momento del trasferimento della U.O. di Ortopedia dall'Ospedale di Venafro in fase di riconversione.



Stampa circolare illeggibile e firma manoscritta.

Cronoprogramma azioni	
Azioni programmate	Entro il
<p>L'ASReM dovrà definire le condizioni di: centralizzazione primaria e secondaria, back transport, trasferimento verso strutture accreditate regionali o pubbliche extraregionali e back transport secondo i seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La centralizzazione primaria verso la struttura "Hub" dovrà tenere conto, oltre dei classici criteri clinici, anatomici, di scenario e della persona indicati, delle seguenti condizioni: • La presenza di instabilità clinica; <ul style="list-style-type: none"> • Il tempo di percorrenza verso l'Ospedale "Hub" non compatibile con la valutazione primaria in ospedale e la diagnostica di primo livello per poi valutare i criteri di centralizzazione secondaria; • La precoce centralizzazione dei pazienti con danno neurologico. 	Entro 3 mesi dall'emanazione del presente documento
<p>L'ASReM dovrà attivare un gruppo di lavoro per la definizione dei percorsi clinici intraospedalieri dallo scenario alla dimissione con la definizione di strategie operative riguardanti la necessaria presenza di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostica I livello eseguibile in sala di emergenza; • Pronta disponibilità di TC e raccomandazioni condivise sulla metodologia di esecuzione dell'esame; • Disponibilità di protocollo di trasfusioni massiva nelle strutture della rete e acquisizione nel centro "Hub" di device per la valutazione qualitativa del deficit coagulativo; • Strategia di damage control rianimativa, chirurgica e specialistica e di intervento definitivo entro i tempi indicati nelle Linee Guida assunte; • Costituzione di trauma team funzionale multidisciplinare, presso il CTZ, per il mantenimento giornaliero della continuità assistenziale al trauma maggiore costituito da 2 risorse umane per U.O. coinvolta. La struttura funzionale svolge questo ruolo per i pazienti ricoverati nella struttura "Hub" e di riferimento per gli ospedali "Spoke". 	Entro 3 mesi dall'emanazione del presente documento

Per quanto riguarda l'attivazione del sistema di teleconsulto/telemedicina, della centralizzazione del ricovero in post-acuzie e riabilitazione, del percorso formativo e di Registro specifico si fa riferimento a quanto indicato nel presente Piano al punto inerente: Interventi Regionali di Sistema.

L'ASReM dovrà indicare contestualmente all'attivazione delle Rete gli indicatori di qualità organizzativa e di processo assistenziale sulla base dei criteri richiesti dal Ministero competente e di quelli compresi tra gli indicatori nazionali e internazionali, su cui verrà attivata rilevazione e report periodici soggetti ad Audit annuale.

11.2.4 Rete per l'Ictus

La Rete per l'Ictus viene istituita in relazione ai criteri già utilizzati per la Rete Ospedaliera di Emergenza e prevede un rapporto epidemiologico secondo le indicazioni del Ministero della Salute di 3.200 ictus per 1.000.000 di abitanti con una prevedibilità in Molise di circa 1.100 nuovi casi/anno di cui circa 350 passibili di trombolisi.

Situazione attuale

L'accesso delle emergenze neurologiche avviene attualmente attraverso sei strutture ospedaliere dotate di Pronto Soccorso attivo: Campobasso, Termoli, Isernia, Larino, Venafro, Agnone.

La disponibilità delle Unità Operative necessarie per la gestione delle Emergenze Neurologiche sono riassunte nella Tabella 45.



Dotazione Unità Operative per la rete Ictus						
Unità Operative	Campobasso	Isernia	Termoli	Venafro	Larino	Agnone
Radiologia	x	x	x	x	x	x
Laboratorio analisi	x	x	x	x	x	x
P.S con D.B./Med. Urgenza	x	x	x	x	x	
Medicina generale	x	x	x	x	x	x
Chirurgia Generale	x	x	x	x	x	x
Anestesia e rianimazione adulti	x	x	x			
Centro trasfusionale	x	x	x			
Cardiologia con UTC e lab. di Emodinamica	x	x	x			
Neurologia / Stroke Unit	x	x				
Neurochirurgia	x					
Chirurgia Vascolare	x					

Tabella 45: Stato UO nel 2015 della Rete Ictus

Indicazioni Operative per la nuova organizzazione

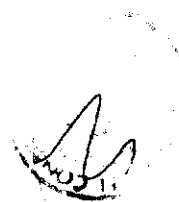
La Rete viene strutturata secondo i criteri degli "standard ospedalieri" sulle seguenti strutture ed attraverso un programma temporale suddiviso in due fasi che dovrà essere coerente con il DCA di razionalizzazione dei posti letto ospedalieri.

Fase I di attivazione della rete da completare entro 30 giorni dalla data di approvazione del POS:

- Ospedale Veneziale di Isernia con ruolo "Hub" per patologia ischemica previa attivazione della procedura autorizzativa di trombolisi presso UO Neurologia dello stesso ospedale;
- Ospedale Cardarelli di Campobasso, già dotato di radiologia interventistica h24, svolge un doppio ruolo:
 - "Hub" per patologia emorragica;
 - "Spoke" per patologia ischemica;
- Ruolo "Spoke" per l'Ospedale San Timoteo di Termoli;

Fase II di completamento della rete: da completare entro 3 mesi dalla data di approvazione del POS:

- Ospedale Cardarelli di Campobasso assume il ruolo "Hub" dopo il trasferimento unità UTN da Isernia;
- Ospedale San Timoteo di Termoli e Ospedale Veneziale di Isernia svolgono ruolo di "Spoke";
- Accordi intra-regionali per definire volume, peso e ruolo, secondo il fabbisogno della Rete, dei PL di neurologia e neurochirurgia presso l'IRCSS Neuromed.



Cronoprogramma azioni	
Azioni programmate	Entro il
<p>L'ASReM dovrà definire i criteri per la centralizzazione primaria del 118 che deve avvenire attraverso il seguente percorso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il personale del 118 sulla scena seleziona secondo criteri clinici definiti i pazienti passibili di trattamento trombolitico; • Nella fase I la C.O. 118 decide la centralizzazione primaria di questi pazienti verso il centro "Hub" per l'ictus ischemico se stabili e con un tempo di percorrenza non superiore ai 30', nelle altre condizioni il paziente viene avviato alla struttura "Spoke" più vicina; • Nella fase II la C.O. 118 decide la centralizzazione primaria di questi pazienti verso il centro "Hub" se stabili e con un tempo compatibile con l'attivazione del trattamento di trombolisi, nelle altre condizioni il paziente viene avviato alla struttura di P.S. più vicina. 	Entro 3 mesi dall'emanazione del presente documento
<p>L'ASReM dovrà definire i percorsi clinici intraospedalieri dallo scenario alla presa in carico al back transport con assunzione di alcune strategie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il paziente con sintomi neurologici acuti esegue il percorso assistenziale dal triage alla TC entro 60' coinvolgendo sin dall'accesso la competenza neurologica se disponibile o una competenza medica "esperta"; • Eseguita la TC il Medico di Emergenza allerta il centro "Hub" in modo di avviare il teleconsulto/telemedicina, se disponibile la metodologia, in caso di non disponibilità trasmette le informazioni dell'esame tomografico secondo criteri definiti e comunque trasmette con metodologia wireless le immagini principali; • I centri condividono la decisione del trasferimento ed avvertono la C.O. 118; • Nel caso di pazienti non sottoponibili per tempistica a trasferimento per iniziare la trombolisi viene stabilito il percorso della trombolisi nella sede periferica nei tempi previsti e contestualmente attivato il trasferimento presso il centro "Hub"; • Criteri e accordi con Neuromed per il ruolo, che la U.O. Neurologia assume per il supporto alla rete per l'ictus e conseguenti criteri di centralizzazione secondaria; 	Entro 3 mesi dall'emanazione del presente documento
<p>L'ASReM dovrà attivare una revisione della capacità funzionale e strutturale delle Rete per la disponibilità di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personale specialistico o medico "esperto" coerente con l'attività di Rete; • Diagnostica di II livello, RM a diffusione presso l'Ospedale Cardarelli di Campobasso. 	Entro 3 mesi dall'emanazione del presente documento

Per quanto riguarda l'attivazione del sistema di teleconsulto/telemedicina, della centralizzazione del ricovero in post-acuzie e riabilitazione, del percorso formativo e di Registro specifico si fa riferimento a quanto indicato nel presente documento al punto: Interventi Regionali di Sistema.

Il percorso formativo dovrà essere finalizzato a due livelli di intervento:

- Implementazione della selezione extra-ospedaliera da parte del personale 118;
- Implementazione della capacità del personale di Medicina di Emergenza dei centri "Spoke" di acquisire capacità di valutazione diagnostica ai fini dell'indicazione e la gestione della trombolisi sempre concordata con il centro "Hub";
- L'ASReM dovrà indicare contestualmente all'attivazione delle Rete gli indicatori di qualità organizzativa e di processo assistenziale sulla base dei criteri richiesti dal Ministero competente e di quelli compresi tra gli indicatori nazionali e internazionali, su cui verrà attivata rilevazione e report periodici soggetti ad Audit annuale.



11.2.5 Rete per le Emergenze Cardiologiche

La Rete per le Emergenze Cardiologiche viene istituita in relazione ai criteri già utilizzati per la Rete Ospedaliera di Emergenza e prevede un rapporto epidemiologico secondo le indicazioni del Ministero della Salute di 3.000 sindromi coronariche acute per 1.000.000 di abitanti con una prevedibilità in Molise di circa 1.100 casi di cui 300 nuovi casi/anno di infarto miocardico STEMI.

Situazione attuale

L'accesso delle Emergenze Cardiologiche avviene attualmente attraverso sei strutture ospedaliere dotate di Pronto Soccorso attivo: Campobasso, Termoli, Isernia, Larino, Venafro, Agnone.

La disponibilità delle Unità Operative necessarie per la gestione delle Emergenze Cardiologiche sono riassunte in Tabella 46.

Dotazione Unità Operative per la rete delle emergenze cardiologiche						
Unità Operative	Campobasso	Isernia	Termoli	Venafro	Larino	Agnone
Radiologia	x	x	x	x	x	x
Laboratorio analisi	x	x	x	x	x	x
P.5 con O.B./Med. Urgenza	x	x	x	x	x	
Medicina generale	x	x	x	x	x	x
Anestesia e rianimazione adulti	x	x	x			
Centro trasfusionale	x	x	x			
Cardiologia con UTIC e laboratorio di Emodinamica	x	x	x			
Cardiochirurgia						
Emodinamica interventistica	x	x	x			
Chirurgia Vascolare	x					

Tabella 46: Stato UO nel 2015 della Rete delle emergenze cardiologiche

Indicazioni Operative per la nuova organizzazione

La Rete viene strutturata secondo i criteri degli "standard ospedalieri" sulle seguenti strutture:

- Gli Ospedali di Campobasso e Termoli dotati delle competenze e strutture per l'esecuzione della manovra salvavita di riperfusione coronarica h 24/365.
- L'Ospedale di Campobasso svolge il ruolo di "Hub" per la competenza di chirurgia vascolare;
- L'Ospedale di Isernia dispone di un'attività specialistica di riperfusione coronarica integrata con la U.O. di Cardiologia di Campobasso secondo un programma di turnazione compatibile con le risorse disponibili;
- Accordi intra-regionali saranno attivati secondo criteri definiti per il trasferimento per competenza cardiocirurgica presso l'IRCCS Giovanni Paolo II;

La centralizzazione primaria avviene attraverso un coordinamento tra il sistema 118, già dotato di strumenti per la trasmissione wireless, e la U.O. di Cardiologia di Campobasso, già attiva come centro di ricezione, attraverso il seguente percorso:

- Il personale del 118 sulla scena secondo i criteri clinici definiti esegue l'ECG e lo trasmette alla U.O. di Cardiologia di Campobasso;
- L'U.O. di Campobasso valuta il profilo clinico e l'esame ECG e indica alla C.O. la necessità di centralizzare il paziente con caratteristiche STEMI verso la struttura "attiva" più vicina;
- Il paziente con profilo NSTEMI viene avviato alla struttura di P.S. più vicina.



Cronoprogramma azioni	
Azioni programmate	Entro il
<p>L'ASReM dovrà definire i percorsi clinici intra-ospedalieri dallo scenario alla presa in carico con assunzione di alcune strategie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il paziente che viene portato al P.S. dal 118 con caratteristiche STEMI viene avviato immediatamente alla sala di emodinamica, che è già stata messa in allarme dalla C.O. 118; • Il paziente che giunge in modo autonomo al P.S. viene preso in carico al triage da personale adeguatamente formato, che identifica una sintomatologia compatibile con la Sindrome Coronarica Acuta ed esegue, entro i primi 15', il prelievo per gli enzimi e l'ecg, che dopo una prima lettura da parte del Medico di Emergenza coinvolge il Cardiologo che, nel caso di condizione STEMI, attiva la sala emodinamica o nel caso di non disponibilità attiva il trasferimento verso la struttura "attiva più vicina"; • Il paziente con caratteristiche NSTEMI portato dal 118 o identificato dopo arrivo autonomo in P.S. sarà preso in carico U.O. di Cardiologia; • Nel caso di pazienti non sottoponibili per tempistica a angioplastica potranno essere sottoposti a trombolisi periferica, secondo i criteri da indicare nel percorso, ed avviati nella struttura idonea alla sua gestione; • Nel caso di pazienti che arrivano in modo autonomo presso un Punto di Primo Intervento è attiva la procedura di centralizzazione del 118, già descritta; • Criteri per l'esecuzione di ecocardiogramma in P.S., entro le prime 6 h, durante la fase di definizione e di monitoraggio della curva enzimatica. 	<p>Entro 3 mesi dall'emanazione del presente documento</p>

Per quanto riguarda l'attivazione del sistema di teleconsulto/telemedicina, della centralizzazione del ricovero in post-acuzie e riabilitazione, del percorso formativo e di Registro specifico si fa riferimento a quanto indicato nel presente documento al punto: Interventi Regionali di Sistema.

L'ASReM dovrà indicare contestualmente all'attivazione delle Rete gli indicatori di qualità organizzativa e di processo assistenziale sulla base dei criteri richiesti dal Ministero competente e di quelli compresi tra gli indicatori nazionali e internazionali, su cui verrà attivata rilevazione e report periodici soggetti ad Audit annuale.

11.2.6 Rete delle Terapie intensive

La Rete delle terapie intensive, delle reti tempo dipendenti, non è considerata ai fini del regolamento sugli standard, ma la gestione di risorse limitate per l'alta intensità di cura ne richiede un utilizzo maggiormente appropriato e finalizzato alla centralizzazione delle condizioni clinico-assistenziali più complesse. In questa logica, pur non rientrando nelle reti tempo dipendenti, vanno rivalutate le funzioni e le risorse dedicate all'appropriato funzionamento delle T.I. per la migliore e più efficiente funzionalità della Rete.

Situazione attuale

Le Unità Operative di T.I. sono presenti nei seguenti Ospedali:

Dotazione di posti letto per Terapia Intensiva				
	Campobasso	Termoli	Isernia	Totale
Posti letto	6	5 +1	7	18 (+1)

Tabella 47: Stato UO nel 2015 della Rete delle emergenze cardiologiche

Sono presenti U.O. di Terapia Intensiva presso le Strutture Neuromed e Giovanni Paolo II non integrate nella Rete di Emergenza Ospedaliera, perché senza accessi di P.S., su cui va valutata il bisogno e l'effettiva e possibile azione di supporto.



Indicazioni Operative per la nuova organizzazione

Le Terapie Intensive avranno caratteristiche di tipo inclusivo con attività poli disciplinare;

La Rete delle Terapie Intensive viene costituita e finalizzata all'integrazione con le Reti Tempo-dipendenti per questo sarà costituita da:

- Ospedale Cardarelli di Campobasso con ruolo "Hub" per rispondere alla centralizzazione dei pazienti delle varie reti fino al completamento della gestione di emergenza;
- Ospedale Veneziale di Isernia e Ospedale San Timoteo di Termoli con ruolo "Spoke" come sede di ricovero per i pazienti del proprio territorio e quelli che dopo la centralizzazione iniziale siano stati stabilizzati e non necessitino di competenze superiori.

Cronoprogramma azioni	
Azioni programmate	Entro il
<p>L'ASReM dovrà attivare percorsi e procedure per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento di 2 posti letto presso la Terapia intensiva dell'Ospedale Cardarelli di Campobasso; • Definizione dei percorsi clinici inter-ospedalieri per la centralizzazione, il back transport e per il riferimento a IRCSS regionali e "Hub" extra-regionali; • Definizione dei percorsi clinici intra-ospedalieri per il trasferimento nelle U.O. ospedaliere; • Attivazione di almeno 2/4 posti letto sub intensivi in ciascun centro in relazione ai volumi di attività delle Reti; • Verifica regionale sull'integrazione di posti letto di riabilitazione cardio-respiratoria e di percorsi per le patologie croniche connesse, già indicati nella Rete Ospedaliera di Emergenza. 	<p>Entro 3 mesi dall'emanazione del presente documento</p>

Per quanto riguarda l'attivazione del sistema di teleconsulto/telemedicina, della centralizzazione del ricovero in post-acuzie e riabilitazione, del percorso formativo e di Registro specifico si fa riferimento a quanto indicato nel presente documento al punto 7 Interventi Regionali di Sistema.

L'ASReM dovrà indicare contestualmente all'attivazione delle Rete gli indicatori di qualità organizzativa e di processo assistenziale sulla base dei criteri richiesti dal Ministero competente e di quelli compresi tra gli indicatori nazionali e internazionali, su cui verrà attivata rilevazione e report periodici soggetti ad Audit annuale.

11.2.7 Rete perinatale e organizzazione della rete STAM e STEN

Un piano di riorganizzazione della rete ospedaliera regionale molisana, per quanto riguarda le Unità di Assistenza Perinatale, si rende necessario per:

- Assicurare livelli adeguati ed ottimali di sicurezza assistenziale;
- Razionalizzare ed ottimizzare le risorse;
- Organizzare i livelli assistenziali con una migliore integrazione funzionale;
- Collegare funzionalmente in una "rete" di assistenza secondo il modello "Hub and spoke" per la migliore efficacia ed efficienza dell'assistenza perinatale;
- Tenere in conto il cambiamento dei riferimenti per alcuni standard strutturali e funzionali.

È noto che notevoli sono i vantaggi per la madre ed il neonato se, ad una precoce individuazione di condizioni di rischio, corrisponde un immediato invio, pre o post-natale, presso strutture in grado di fornire un'assistenza adeguata alle reali necessità. In questo contesto oltre alla organizzazione di una rete efficiente il trasporto assistito materno e quello neonatale sono una componente essenziale della rete assistenziale. Per la sua specificità, quindi, pur con una sua integrazione nel Sistema regionale dell'emergenza 118, va prevista una organizzazione e funzionamento dedicati.



La riorganizzazione che si intende approntare si ispira ad un modello di regionalizzazione dell'assistenza a rete "Hub" e "Spoke" nel quale le cure ostetriche e neonatali siano fortemente integrate, il fabbisogno di strutture sia commisurato ai bisogni e sia rispondente a standard strutturali ed organizzativi ed il collegamento tra i diversi livelli di assistenza (I, II e III) sia stabilmente funzionante sia nel riferire condizioni di media ed alta severità clinica al livello superiore adeguato sia promuovendo il back-transport verso il livello inferiore una volta stabilizzato il quadro clinico.

Attualmente in Molise è ben realizzabile un modello organizzativo-assistenziale della rete di emergenza perinatale secondo il modello "Hub and Spoke" con 3 punti nascita, di cui uno è anche Centro di Terapia Intensiva, dotato di Servizio di Trasporto Neonatale con personale "integrato" nel Centro di Terapia Intensiva stesso. Pur con una natalità di circa 1000 parti /anno il Centro "Hub" di Campobasso presenta caratteristiche di II-III livello assistenziale, in particolare per quanto riguarda il n. di neonati di Età gestazionale ≤ 32 settimane di EG e Peso Neonatale ≤ 1500 gr, negli ultimi anni circa uguale o superiore a 25/anno.

Si ravviano tuttavia ancora dei punti di miglioramento in considerazione di:

- Presenza di 2 Punti nascita con n. di parti/anno ≤ 500/anno
- Assenza di Centri di Chirurgia Specialistica Neonatale quali Cardiocirurgia, Neurochirurgia, Chirurgia Generale, Chirurgia Oculare;
- Necessità di adeguamento delle attrezzature sia da trasporto che di Reparto;
- Carenza di personale medico-infermieristico;
- Necessità di aggiornamento e condivisione di protocolli diagnostico-terapeutici da un lato ed organizzativo-procedurali dall'altro.

Al fine di superare dette criticità e attivare le reti descritte nel presente documento la Regione Molise con DCA n.47/2015 (prot.SiVeAS_2015_73_A) ha provveduto a recepire ed approvare il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera molisana delle Unità di Assistenza Perinatale approvato dal Comitato Percorso Nascita Aziendale, organizzato secondo la struttura organizzativa Hub & Spoke della Rete STAM e STEN.

Oltre alle linee guida sono individuati anche i seguenti interventi prioritari:

- Recupero della mobilità passiva verso Regioni confinanti in modo da superare la soglia dei 500 nati/anno per i punti nascita di Termoli e Isernia.
- Addestramento del personale pediatrico-anestesiologico dei Centri di I livello per assistenza anche al neonato critico (stabilizzazione del neonato critico in attesa dello STEN)
- Condivisione di protocolli diagnostico-terapeutici con i Centri di I livello nella gestione delle emergenze neonatali
- Creazione di accordi interregionali per il ricovero fuori Regione per le Chirurgie Specialistiche
- Rimodulazione in 2 livelli di cura dagli attuali 3 (cosa che di fatto sta già avvenendo) come da Accordo Stato-Regioni del 16 Dicembre 2010 sul percorso nascita

Cronoprogramma azioni	
Azioni programmate	Entro il
Emanazione decreto su rete perinatale, rete STAM e rete STEN	Entro 3 mesi da approvazione POS

11.2.8 Interventi Regionali di Sistema

Il Coordinamento Regionale della Rete di Emergenza assume i compiti di indirizzo per la gestione, manutenzione e verifica delle attività di rete.



Le Reti di Emergenza e Tempo-dipendenti richiedono per la loro gestione e manutenzione interventi di sistema per garantire le condizioni di:

- Equità e facilitazione agli accessi;
- Comunicazione tra professionisti;
- Disponibilità in tempo reale di documentazione clinica;
- Strumenti per le analisi del sistema.

A questo scopo vengono individuate cinque aree di intervento strutturali.

Centralizzazione aziendale della richiesta di ricovero in post-acuzie e riabilitazione

L'ASReM entro **tre mesi dalla data di presentazione del seguente Piano** dovrà attivare un percorso integrato tra ospedale e strutture di post-acuzie e riabilitazione attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro con i seguenti obiettivi:

- Attivazione del triage sociale per i pazienti ricoverati;
- Istituzione di una cartella unica regionale per la richiesta condivisa con criteri clinici, impegno di risorse e di priorità;
- Creazione di una centrale aziendale di raccolta delle indicazioni su pazienti ricoverati in ospedale, che si integra con un coordinamento delle strutture idonee;
- Sviluppo di supporto informatico per l'inserimento della cartella clinica, la visualizzazione dei posti disponibili, la comunicazione tra strutture;
- Vengono individuati un set di indicatori di valutazione comprendenti: tempi di presa in carico e disponibilità del posto, appropriatezza e follow up.

Disponibilità di un sistema di teleconsulto/telemedicina

L'utilizzo della Telemedicina costituisce uno strumento tecnologico di integrazione di servizi finalizzato mettere a disposizione del paziente competenze e sistemi di monitoraggio necessari per il suo percorso clinico e la sua autonomia. Questa tecnologia sviluppa la sua azione in diversi ambiti dell'attività sanitaria di cui ne sono stati evidenziati alcuni prioritari: ambito dell'emergenza integrando la rete ospedaliera Hub/spoke e il servizio 118, secondo opinion per competenze specialistiche nella rete ospedale/territorio, percorsi per condizioni croniche nella rete/ospedale/territorio/medicina generale. La fase iniziale del progetto coinvolge l'area della rete di emergenza in coerenza con le Linee Guida Nazionali 2014.

L'ASReM entro **tre mesi dalla data di presentazione del seguente Piano** dovrà attivare un gruppo di lavoro multi professionale per realizzare alcune azioni indispensabili:

- Acquisto di un sistema di digitalizzazione delle immagini, PACS aziendale;
- Acquisizione di un protocollo standard per l'esecuzione della diagnostica per immagini in urgenza;
- Acquisizione di un protocollo di consulenza a distanza;
- Acquisizione di uno hardware e software a livello aziendale per la condivisione di dati clinici e teleconsulto.

Formazione aziendale per le Reti di Emergenza e tempo-dipendenti

L'ASReM entro **tre mesi dalla data di presentazione del seguente Piano** dovrà attivare il percorso di "continuing professional development" gratuito per acquisire un portafoglio di competenze finalizzato al miglioramento dei risultati assistenziali secondo i seguenti principi:

- Prodotto dal coordinamento regionale in collaborazione con il servizio formativo aziendale;
- Sviluppato dai professionisti coinvolti nella rete sulla base dei protocolli clinici di evidenza;
- Considerato obbligatorio per categorie e specialità indicate nei singoli progetti con conferimento di crediti ecm;



- Costituito da un percorso "blended" finalizzato alla diffusione delle informazioni contenute nei PCA e confrontate sul campo con eventi residenziali attraverso le seguenti fasi:
 - 10 ore di formazione on line preparate dai professionisti della rete con lezioni frontali, forum di scenari clinici e documentazione;
 - Incontro residenziale con la presenza della Direzione Sanitaria per la revisione di percorsi e scenari in relazione alla capacità di gestione locale.

Gli obiettivi prioritari:

- Percorsi clinici extra e intraospedalieri delle Reti di Emergenza e tempo-dipendenti;
- Revisione del triage;
- Indicatori legati ai risultati clinici con indicatori di processo ed esito.

Inoltre, nell'ambito dei sistemi informativi per le Reti di Emergenza e Tempo-Dipendenti, la Regione Molise ha come obiettivo lo sviluppo a partire dai sistemi informativi esistenti, di uno strumento in grado di poter valutare le attività cliniche e i risultati assistenziali dell'intero ciclo di cura attraverso un processo di:

- Valutazione dei sistemi informativi esistenti e ricezione unificata e periodica di un set di dati e indicatori;
- Implementazione di queste informazioni integrati con un set di indicatori specifici in accordo con la letteratura;
- Istituzione dei registri di patologia tempo-dipendente;
- Mettere a disposizione report periodici per amministrazioni e professionisti ai fini di implementare i processi, rendere disponibili alla popolazione strumenti di conoscenza e consapevolezza;
- Consentire audit annuali di rete.

Integrazione della rete di Emergenza con il Sistema delle Cure primarie

L'obiettivo è offrire al cittadino un percorso di cura socio-sanitario con facilitazione all'accesso ed all'appropriatezza delle cure, attraverso un sistema che lo guidi verso una presa in carico nei percorsi integrati e non lo indirizzi invece verso la ricerca delle singole prestazioni. La realizzazione di tali percorsi passa attraverso alcuni interventi:

- Identificazione dei percorsi di cura principali che siano trasversali ed integrati tra i livelli di attività sanitaria;
- L'attivazione di una centrale operativa regionale, integrata nel 118, con la presenza di funzioni sociali e sanitaria, che in tempo reale siano in grado di indirizzare e attivare la risposta selettiva al bisogno al cittadino;
- L'introduzione nei percorsi di cura di interventi differenziati che coinvolgono tutti i livelli di attività sociale e sanitaria, comprese le farmacie;
- La diffusione per ogni percorso clinico di uno standard regionale di trattamento come un contratto di cura con il cittadino in cui siano inseriti obiettivi, attività e ruolo dei diversi attori;
- La centrale operativa integrata dovrà essere inclusa negli accordi inter-istituzionali per l'attivazione dei numeri unici.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO
Risultati programmatici
Rimodulazione rete Emergenza Urgenza regionale e delle reti tempo-dipendenti
Razionalizzazione della rete dell'emergenza ospedaliera e territoriale
Attivazione Rete Trauma
Attivazione Rete ICTUS



ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Attivazione Rete Emergenza Cardiologica	
Attivazione Rete perinatale, STAM e STEN	
Potenziamento Rete Terapie Intensive	
Riordino e potenziamento sistema dell'emergenza – urgenza SSR	
Potenziamento flussi informativi sull'attività di emergenza – urgenza	
Formazione al personale ASReM	
Indicatori di risultato	Tempistica
Documento di revisione del Sistema 118	Entro 3 mesi da approvazione POS
Attivazione gruppo di lavoro sui protocolli di continuità, sulle modalità, indicazione e tempistica delle consulenze in urgenza, sui criteri di centralizzazione secondaria e sui criteri di back transport nell'emergenza ospedaliera.	Entro 3 mesi da approvazione POS
Attivazione gruppo di lavoro su processo di triage adottato nelle strutture ospedaliere regionali.	Entro 3 mesi da approvazione POS
Attivazione dei: <ul style="list-style-type: none"> • Percorsi clinico-diagnostici integrati tra ospedale e territorio alla dimissione dal P.S; • Percorso integrato tra ospedale e territorio per i percorsi di continuità assistenziale e presa in carico alla dimissione del pronto soccorso. • Indicatori di qualità organizzativa e di processo assistenziale per il monitoraggio. 	Entro 3 mesi da approvazione POS
Definizione delle condizioni di centralizzazione primaria e secondaria, <i>back transport</i> , trasferimento verso strutture accreditate regionali o pubbliche extraregionali.	Entro 3 mesi da approvazione POS
Attivazione gruppo di lavoro per la definizione dei percorsi clinici intraospedalieri dallo scenario alla dimissione con la definizione di strategie operative nell'ambito della Rete Trauma.	Entro 3 mesi da approvazione POS
Avvio e conclusione Fase I dell'attivazione della Rete Trauma	Entro 3 mesi da approvazione POS
Avvio e conclusione Fase II dell'attivazione della Rete Trauma	Entro 3 mesi da approvazione POS
Definizione dei criteri per la centralizzazione primaria del 118	Entro 3 mesi da approvazione POS
Definizione dei percorsi clinici intraospedalieri dallo scenario alla presa in carico al <i>back transport</i> con assunzione di alcune strategie	Entro 3 mesi da approvazione POS
Attivazione di una revisione della capacità funzionale e strutturale delle Rete per la disponibilità di personale specialistico o medico "esperto" coerente con l'attività di Rete, Diagnostica di II livello e RM a diffusione presso l'Ospedale Cardarelli di Campobasso.	Entro 3 mesi da approvazione POS
Definizione di percorsi clinici intra-ospedalieri per la Rete delle emergenze cardiologiche dallo scenario alla presa in carico.	Entro 3 mesi da approvazione POS
Attivazione di percorsi e procedure per la Rete delle Terapie Intensive	Entro 3 mesi da approvazione POS
Emanazione decreto su rete perinatale, rete STAM e rete STEN	Entro 3 mesi da approvazione POS
Attivazione di un percorso integrato tra ospedale e strutture di post-acuzie e riabilitazione attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro per la centralizzazione aziendale della richiesta di ricovero in post-acuzie e riabilitazione	Entro 3 mesi da approvazione POS
Attivazione di un gruppo di lavoro multi professionale per realizzare un servizio di teleconsulto aziendale	Entro 3 mesi da approvazione POS
Attivazione del percorso di " <i>continuing professional development</i> " gratuito per acquisire un portafoglio di competenze finalizzato al miglioramento dei risultati assistenziali.	Entro 3 mesi da approvazione POS
Responsabile del procedimento attuativo	
Struttura Commissariale	
Servizio Ospedalità pubblica e privata della Direzione Generale per la Salute	
Direzione Generale ASReM	



11.3 Riorganizzazione della Rete Territoriale

11.3.1 Riordino dell'assistenza distrettuale mediante la razionalizzazione dei distretti

Il distretto rappresenta l'articolazione territoriale in cui si realizza l'integrazione complessa delle attività sanitarie e sociali ed il coordinamento e raccordo tra l'Ospedale e il Territorio. Il Distretto esercita la funzione di tutela della salute dei cittadini attraverso il ruolo di garante dell'accesso ottimale alle prestazioni, dell'appropriatezza della risposta nell'offerta di servizi, della qualità ed unitarietà dei percorsi assistenziali.

Il Distretto è il luogo di sinergie tra programmazione, erogazione e valutazione della risposta complessiva di assistenza territoriale (ambulatoriale, domiciliare, residenziale e di integrazione socio-sanitaria) e di garante della funzione di committenza nei confronti dei sistemi di produzione, interni ed esterni, sia pubblici sia privati, Pertanto il Distretto si configura quale articolazione territoriale, organizzativa e funzionale per il governo del territorio esercitando, quale sede delle relazioni tra attività aziendali ed enti locali, la funzione di programmazione necessaria per individuare le diverse aree di bisogno definendo le priorità di obiettivi ed interventi.

Il Distretto svolge le funzioni previste dall'art.3 quinquies del D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii. attraverso il Programma delle attività territoriali, basato sul principio dell'intersettorialità degli interventi; il Distretto definisce gli strumenti ed i luoghi dell'integrazione con gli Enti locali, esercitando la funzione strategica dell'integrazione socio-sanitaria.

Il rafforzamento dei compiti del Distretto, e in particolare lo svolgimento della funzione di governo del sistema territoriale, implica la riconsiderazione delle attuali articolazioni prevedendo l'individuazione di aree territoriali più ampie delle attuali. Si prevede, quindi, un ambito distrettuale che dovrà adeguarsi alla soglia minima degli 80.000 residenti, ai sensi dell'art. 8 della legge 328/2000 e in coerenza con le indicazioni regionali in materia.

In ragione delle indicazioni sopra indicate si prevede di procedere alla razionalizzazione dei distretti sanitari dagli attuali 7 a un totale di 3. Tale processo di riordino dovrà essere integrato all'interno del documento di programmazione aziendale ASReM (Atto Aziendale ASReM), in ogni caso si dovrà procedere alla razionalizzazione dei distretti entro 60 giorni dalla data di approvazione del POS.

Le strutture ed i servizi distrettuali operano garantendo il raccordo funzionale delle diverse attività con modalità integrate in collegamento funzionale ed in collaborazione con i Servizi per la tutela della Salute mentale e riabilitazione infantile e dell'Età evolutiva. Il PUA è il servizio attraverso il quale il cittadino si interfaccia sia con i servizi sanitari sia con quelli sociali, infatti tale luogo e strumento dell'integrazione tra sociale e sanitario è presente negli ambiti territoriali dei Comuni e nei Distretti sanitari.

Cautelativamente non si è proceduto all'inserimento della valorizzazione dei risparmi attesi all'interno dei CE programmatici.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Riordino Distretti sanitari	
Indicatori di risultato	Tempistica
Riordino e razionalizzazione a 3 distretti sanitari	Entro 60 giorni da approvazione POS
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	



11.3.2 Attivazione degli ospedali territoriali di comunità a seguito della riconversione dei presidi ospedalieri di Larino e Venafro

Gli stabilimenti ospedalieri di Venafro e Larino saranno oggetto di riconversione da strutture di assistenza ospedaliera in strutture territoriali. Si prevede la costituzione di due Ospedali territoriali di Comunità concepiti per essere un contenitore di più servizi di assistenza territoriale concentrati in un unico edificio. In particolare si prevede di attivare:

- un Ospedale di Comunità, così come descritto dal DM 70/2015;
- una Casa della Salute (come riportato nell'Azione 11.3.3 - Potenziamento delle cure Primarie e attivazione delle Case della Salute);
- un PPI (temporaneo) che sarà poi sostituito da una postazione 118;
- altri servizi territoriali e socio - sanitari.

L'Ospedale territoriale di comunità sarà direttamente governato, organizzato e gestito, dal distretto sanitario di competenza. All'interno di queste non è prevista l'erogazione di prestazioni di assistenza ospedaliera.

L'**Ospedale S.S. Rosario di Venafro**, concepito per essere un contenitore di più servizi di assistenza territoriale concentrati in un unico edificio, sarà individuato quale **Ospedale territoriale di comunità (Presidio Territoriale)**. Nello specifico la struttura sarà dotata, in termini di posti letto, di:

- 20 unità di riabilitazione extra ospedaliera, di cui 10 per riabilitazione estensiva e 10 per riabilitazione di mantenimento;
- 10 posti letto per la cura dell'Alzheimer;
- 40 posti letto di RSA;
- 15 - 20 posti letto gestiti da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai MMG o dai PLS o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN;
- 1 Punto di Primo Intervento che sarà poi sostituito, così come previsto dal DM 70/2015, da una postazione medicalizzata 118;
- di attività ambulatoriale anche a carattere chirurgico;
- di altri servizi territoriali e socio - sanitari.

Caratteristiche del SS. Rosario di Venafro		
Tipologia assistenza	Posti letto	Note
Casa della Salute		
Punto Primo Intervento (PPI)		Temporaneo, sostituito poi da postazione 118 medicalizzata
RSA	40	
RSD - Alzheimer	10	
Riabilitazione extra ospedaliera	20	Di cui 10 riabilitazione estensiva e 10 riabilitazione di mantenimento
Posti letto a bassa intensità assistenziale	15-20	Gestito dal personale infermieristico, MMG e PLS
Attività ambulatoriale (anche chirurgica)		Tarata sulle esigenze epidemiologiche della popolazione

Tabella 48 - Futura configurazione dell'offerta assistenziale del presidio SS Rosario di Venafro

L'**Ospedale Vietri di Larino**, concepito per essere un contenitore di più servizi di assistenza territoriale concentrati in un unico edificio, sarà individuato anch'esso come **Ospedale territoriale di Comunità (Presidio Territoriale)**, con offerta di specialità (attività ambulatoriale dimensionata sulla base epidemiologica locale) e dotato dei servizi di supporto (radiologia, ecc.), oltre che della chirurgia ambulatoriale complessa. Pur essendo prevista la disattivazione anche per questo presidio di tutte le funzioni di assistenza ospedaliera, saranno comunque temporaneamente collocati/mantenuti nella struttura alcuni posti letto di lungodegenza appartenenti allo stabilimento di Termoli viste le caratteristiche strutturali dell'Ospedale Vietri già idonee all'erogazione di tali prestazioni. Per tali posti letto ospedalieri, si prevede una loro disattivazione/trasferimento



all'ospedale di Termoli entro il 31.12.2017 in modo da poter dedicare l'intero stabilimento di Larino all'assistenza territoriale.

Nello specifico, l'Ospedale Vietri di Larino sarà dotato di:

- 10 posti letto per la riabilitazione extra ospedaliera intensiva;
- 30 posti letto di riabilitazione extra ospedaliera, di cui 15 per riabilitazione estensiva e 15 per riabilitazione di mantenimento;
- 40 posti letto di RSA;
- 10 posti letto per la cura dell'Alzheimer (centro regionale per la cura e la prevenzione dell'Alzheimer);
- 15 - 20 posti letto gestiti da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai MMG o dai PLS o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN;
- 1 Punto di Primo Intervento che sarà poi sostituito, così come previsto dal DM 70/2015, da una postazione medicalizzata 118;
- di attività ambulatoriale anche a carattere chirurgico;
- di altri servizi territoriali e socio – sanitari;
- 16 posti letto hospice (già attivi);
- relativamente alla camera iperbarica, visto l'alto volume di prestazioni erogate (in particolare in ambito diabetologico e riabilitativo), si ritiene opportuno, almeno per il momento, non modificarne l'ubicazione o la funzionalità in considerazione anche dell'elevato costo che uno spostamento delle apparecchiature comporterebbe.

Caratteristiche del G. Vietri di Larino		
Tipologia assistenza	Posti letto	Note
Casa della Salute		
Punto Primo Intervento (PPI)		Temporaneo, sostituito poi da postazione 118 medicalizzata
RSA	40	Di cui 20 già attivi
Riabilitazione extra ospedaliera	40	Di cui 10 per riabilitazione intensiva, 15 per riabilitazione estensiva e 15 per riabilitazione di mantenimento
RSD – Alzheimer	10	
Posti letto a bassa intensità assistenziale	15 - 20	Gestito dal personale infermieristico, MMG e PLS
Attività ambulatoriale (anche chirurgica)		Tarata sulle esigenze epidemiologiche della popolazione
Hospice	16	

Tabella 49 – Futura configurazione dell'offerta assistenziale del presidio G. Vietri di Larino

Le tempistiche inerenti la disattivazione delle funzioni di assistenza ospedaliera presso gli attuali ospedali di Larino e di Venafro saranno oggetto di un successivo DCA sul riassetto della rete ospedaliera da emanarsi entro 30 giorni dalla data di approvazione del POS. Relativamente alle tempistiche e alle modalità di attivazione delle nuove funzioni assistenziali delle due strutture si rimanda ad un successivo Piano degli investimenti da emanarsi entro 60 giorni dalla data di approvazione del POS.

Relativamente alle modalità di funzionamento, ai requisiti tecnologici, organizzativi e strutturali degli ospedali territoriali di comunità, Case della Salute, postazioni 118 e agli altri servizi e funzioni sarà emanato un apposito documento di regolamentazione ed indirizzo per l'attivazione di tali strutture che specificherà nel dettaglio le attività previste e gli impatti economici ed organizzativi.



ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Attivazione degli Ospedali di Comunità di Larino e Venafro	
Indicatori di risultato	Tempistica
Disattivazione delle funzioni ospedaliere negli stabilimenti coinvolti	Entro 30 giorni da approvazione POS
Avvio processo di riconversione delle strutture	Ottobre 2016
Conclusione processo e messa a regime delle strutture	Dicembre 2017
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
Si rimanda al paragrafo relativo alla valorizzazione del riordino della rete territoriale	

11.3.3 Potenziamento delle cure Primarie e attivazione delle Case della Salute

La Regione Molise, coerentemente con il potenziamento e la riorganizzazione della rete assistenziale regionale, ha previsto l'istituzione di forme organizzative multi professionali quali le Case della Salute (coerentemente con quanto descritto dal Patto per la Salute 2014-2016). Le funzioni e le caratteristiche delle Case della salute saranno le medesime dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) di cui ai precedenti documenti programmatori regionali (vedi DCA 21/2014). Tali strutture territoriali erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici e delle altre professionalità convenzionate con il SSN.

Le Case della Salute prevedono la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico anche con le strutture ospedaliere. Tali strutture confluiscono nel distretto di competenza.

All'interno delle Case della Salute, in coerenza con quanto previsto dal Patto per la Salute 2014-2016 e nel rispetto delle caratteristiche descritte nel medesimo documento, saranno attivate e sviluppate le seguenti attività:

- ☒ Postazione 118 per garantire le attività di primo intervento;
- ☒ UCCP/AFT per i medici di medicina generale e i pediatri;
- ☒ PUA;
- ☒ Sportello CUP;
- ☒ Poliambulatorio specialistico;
- ☒ Punto prelievo;
- ☒ Ambulatorio infermieristico;
- ☒ Posti letto bassa intensità (a gestione infermieristica);
- ☒ Area materno infantile;
- ☒ Area integrazione socio-sanitaria.

Regione Molise intende procedere all'attivazione di 13 Case della Salute derivanti interamente dall'ammodernamento delle attuali strutture dei poliambulatori (non sono quindi previste nuove strutture). Oltre all'attivazione delle 5 strutture espresse nella successiva Tabella 50, si rimanda al Piano degli Investimenti di prossima emanazione (entro 60 giorni dall'approvazione del POS) per tempistiche di attivazione, stima dell'impatto economico, fondi utilizzati e ulteriori caratteristiche delle restanti strutture.



Le uniche strutture per le quali sono previsti interventi immediati sono le strutture ospedaliere di Venafro e Larino (nell'ambito della loro riconversione a strutture territoriali), di Agnone (grazie alla trasformazione in ospedale di zona disagiata), il poliambulatorio di Isernia e la struttura (anch'esso poliambulatorio) di Santa Croce di Magliano per la quale i lavori di ammodernamento sono già stati avviati e dovrebbero essere conclusi entro Dicembre 2016.

Relativamente alle modalità di funzionamento, ai requisiti tecnologici, organizzativi e strutturali delle Case della Salute e alle relative tariffe, saranno inseriti in un apposito documento di indirizzo e regolamentazione per l'attivazione di tali strutture che specificherà nel dettaglio le attività previste e i relativi impatti economici ed organizzativi.

Cronoprogramma attivazione Case della Salute		
Struttura	Intervento	Tempistica
Ammodernamento poliambulatorio	Agnone	31.12.2017
Ammodernamento poliambulatorio	Larino	31.12.2017
Ammodernamento poliambulatorio	Isernia	31.12.2017
Ammodernamento poliambulatorio	Venafro	31.12.2017
Ammodernamento poliambulatorio	Castelmauro	Piano degli investimenti
Ammodernamento poliambulatorio	Frosolone	Piano degli investimenti
Ammodernamento poliambulatorio	Santa Croce di Magliano	31.12.2016
Ammodernamento poliambulatorio	Montenero di Bisaccia	Piano degli investimenti
Ammodernamento poliambulatorio	Bojano	Piano degli investimenti
Ammodernamento poliambulatorio	Riccia	Piano degli investimenti
Ammodernamento poliambulatorio	Trivento	Piano degli investimenti
Ammodernamento poliambulatorio	Termoli	Piano degli investimenti
Ammodernamento poliambulatorio	Campobasso	Piano degli investimenti

Tabella 50: Strutture coinvolte e cronoprogramma per l'attivazione delle Case della Salute

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Attivazione delle Case della Salute	
Indicatori di risultato	Tempistica
Attivazione delle Case della Salute di Santa Croce di Magliano, Agnone, Larino, Isernia e Venafro	Dicembre 2017
Definizione del cronoprogramma di attivazione delle restanti Case della Salute attraverso il Piano degli investimenti	Entro 60 giorni da approvazione POS
Emanazione delle linee guida regionali sulle modalità di funzionamento, i requisiti tecnologici, organizzativi e strutturali delle Case della Salute e le relative tariffe	Ottobre 2016
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
Si rimanda al paragrafo relativo alla valorizzazione del riordino della rete territoriale	

11.3.4 Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di cure primarie (UCCP)

L'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT), ai sensi dell'ACN e della L. 189/2012, è un raggruppamento funzionale e mono professionale di Medici di Medicina Generale (MMG). L'AFT risponde agli obiettivi di garanzia assistenziale che la Regione Molise e la Medicina Generale condividono ed è la cornice nella quale sviluppare un nuovo modello di continuità assistenziale. Nell'ambito dell'AFT sarà possibile realizzare alcuni elementi innovativi, funzionali alla riorganizzazione territoriale e alla crescita del ruolo professionale della Medicina Generale. L'AFT, pur nella salvaguardia del rapporto fiduciario medico-paziente, sostituirà l'unità elementare di erogazione delle prestazioni mediche a livello territoriale che attualmente si identifica con il singolo medico.

L'UCCP è un'aggregazione strutturale multi-professionale di cui fanno parte i Medici di Medicina Generale insieme ad altri operatori del territorio, sanitari, sociali ed amministrativi che opera, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in sede unica o con una sede di riferimento.

La Regione Molise, entro 3 mesi dall'approvazione POS, prevede in via preliminare di svolgere le seguenti attività:

- Individuazione del territorio e degli ambiti di azione delle AFT/UCCP;
- Individuazione degli ambulatori aperti H24, già presenti sul territorio regionale, come potenziali sedi di riferimento delle singole AFT/UCCP.

Visti i complessi processi di riorganizzazione delle reti assistenziali, si rimandano azioni specifiche di implementazione delle AFT/UCCP contestualmente all'attivazione delle Case della Salute, prevista verosimilmente a partire dal 2017 (maggiori dettagli saranno descritti nel Piano degli Investimenti che sarà redatto entro 60 giorni dall'approvazione del POS). Si riserva, tuttavia, la possibilità di procedere alla sperimentazione di queste forme organizzative già prima dell'attivazione delle Case della Salute.

11.3.5 Attivazione e gestione dei PDTA

La complessità e la frammentazione dell'attuale offerta di servizi per il paziente complesso necessita di un intervento di ricomposizione e di un orientamento verso forme di gestione proattiva delle patologie croniche e dei bisogni assistenziali delle persone (medicina e assistenza di iniziativa).

A tal fine la Regione intende definire specifici percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA), integrati tra ospedale e territorio, per le principali patologie cronico degenerative e per le condizioni ad elevato impatto sociale. Nell'ambito di tali percorsi verranno definiti i contributi dei diversi professionisti (medico di medicina generale, medico specialista, infermiere) e per i diversi livelli di gravità e intensità assistenziale dei pazienti presi in carico.

La Regione Molise intende, inoltre, finalizzare l'elaborazione di PDTA per la gestione del paziente cronico e procedere alla loro sperimentazione entro Ottobre 2016, con particolare riferimento allo *scompenso cardiaco*, *diabete*, *BPCO* e *gestione della terapia con anticoagulanti orali*. Tali percorsi saranno poi condivisi con l'ambito specialistico ospedaliero, ai fini di una gestione integrata del paziente. Per il monitoraggio dei percorsi, sono in fase di elaborazione specifici set di indicatori, sia di processo sia di esito.

A tal fine si propone:

- Elaborazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici sulla base del profilo dei consumi "medi" di cluster omogenei di pazienti per tipologia di prestazione, a partire dall'analisi di variabilità dei trattamenti e prevedendo una tariffa di remunerazione "per pacchetti" entro 3 mesi dall'approvazione del POS;
- Definizione di un sistema di monitoraggio dei MMG iperprescrittori che non tenga conto unicamente del consumo degli assistiti per farmaceutica convenzionata, ma anche del ricorso a specialistica ambulatoriale e ospedaliera per valutare eventuali effetti di compensazione (maggiori prescrizioni farmaceutiche a favore della riduzione dell'ospedalizzazione) nonché consumo di altri beni sanitari, in particolare dispositivi medici entro 3 mesi dall'approvazione del POS;



PRESTAZIONI

- Progettazione di un sistema di budget per la gestione del paziente cronico ottenuto stimando, a partire dal profilo dei consumi medi per tipologia di paziente, una tariffa omnicomprensiva a copertura dell'assistenza facendo riferimento in modo diretto ai reali costi sostenuti (es: farmaceutica, file F, ambulatoriale e protesica minore) entro 3 mesi dall'approvazione del POS. La modalità di definizione delle tariffe a partire dai valori di consumo risulta metodologicamente delicata in quanto:
 - In fase di definizione delle tariffe, il far dipendere la stima delle tariffe dai consumi registrati rischia di istituire un circolo vizioso di spinta all'incremento dell'inappropriatezza;
 - In fase di remunerazione dell'assistenza ai pazienti, in quanto è necessario monitorare e disincentivare, attraverso opportuni sistemi di governance, l'eventuale fenomeno della selezione dei pazienti.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Definizione ed implementazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) scompenso cardiaco, diabete, BPCO, e gestione della terapia con anticoagulanti orali	
Indicatori di risultato	Tempistica
Individuazione dei percorsi per la cronicità	Entro 30 giorni da approvazione POS
Implementazione di PDTA sperimentali per BPCO, diabete, scompenso cardiaco e gestione del paziente in trattamento con anticoagulanti orali	Ottobre 2016
Definizione del sistema di monitoraggio degli iperprescrittori e del suo collegamento con il sistema di incentivazione dei MMG	Entro 30 giorni da approvazione POS
Progettazione del sistema di "budget" del paziente cronico	Entro 3 mesi da approvazione POS
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	

11.3.6 L'Assistenza domiciliare integrata

La Regione Molise, con prot. 123733/2015 (prot. SiVeAS 2015_109_A), ha inviato la Determinazione Direttoriale n. 232 del 26.10.2015 che approva le linee guida per il potenziamento e la qualificazione del sistema delle cure domiciliari.

L'ADI in Regione Molise risulta essere in linea con gli standard assistenziali previsti dalla normativa vigente.

In base ai dati 2014 (vedi Tabella 51) nel 2014 sono stati assistiti circa il 4,8% di anziani (pari a circa 3.500).

Numero casi ADI				
	2012	2013	2014	2015
Popolazione	313.145	313.341	314.725	
Residenti >65 in %	22,20%	22,50%	22,90%	23,30%
Residenti >65	69.518	71.497	72.489	
Casi ADI >65	2.900	3.200	3.500	
% anziani assistiti	4,1	4,5	4,8	4,8

Tabella 51: Offerta assistenza domiciliare in Regione Molise

A tal proposito per il periodo di vigenza del presente documento, Regione Molise intende potenziare la percentuale di anziani assistiti, anche in ragione delle caratteristiche sociali della popolazione regionale e del



diverso assetto della dotazione di posti letto (residenziali e semiresidenziali) e di raggiungere i successivi ulteriori obiettivi. Nel dettaglio:

- ▬ indicare le tempistiche di applicazione della quota di compartecipazione alle prestazioni da parte del comune/utente;
- ▬ individuare i percorsi per la continuità territorio ospedale, e viceversa, nella presa in carico dei pazienti non autosufficienti, anziani, minori e disabili;
- ▬ riorganizzare l'area della non autosufficienza con un cronoprogramma e di individuare specifici indicatori di risultato.

Nel corso dell'ultimo anno l'ASReM si è impegnata per la ricomposizione dell'offerta di prestazioni domiciliari attraverso una serie di azioni volte a realizzare un'organizzazione che si ponesse quale "sistema" intorno alla persona avvalendosi dei servizi sanitari distrettuali e con la collaborazione delle strutture ospedaliere.

Uno dei prioritari interventi posti in atto dalla ASReM è stato quello di disciplinare il settore delle cure domiciliari al fine di uniformare le regole e, soprattutto, le modalità di valutazione e presa in carico dei pazienti.

In tal senso l'Azienda ha provveduto ad adottare appositi provvedimenti (n. 478 del 17.07.2015 e n. 593 del 31.08.2015) che approvano il nuovo regolamento dell'attività delle cure domiciliari.

Grazie a questi provvedimenti, ASReM ha potuto definire un sistema di classificazione per le Cure domiciliari finalizzato alla regolamentazione provvisoria delle cure domiciliari esternalizzate, coerente con quanto sancito dal documento del 2006 della Commissione LEA "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" che ha compiutamente definito le cure domiciliari e le sue caratteristiche, distinguendo le prestazioni in esse rientranti in:

- ▬ cure domiciliari di tipo prestazionale occasionale o ciclico programmato;
- ▬ cure domiciliari integrate di primo, secondo e terzo livello (bassa, media ed elevata intensità);
- ▬ cure domiciliari palliative a malati terminali.

E indicando anche gli standard qualificanti le attività domiciliari, le principali prestazioni domiciliari per profilo e per figura professionale del livello assistenziale, i criteri omogenei di eleggibilità, il set minimo di indicatori di verifica, le modalità di valorizzazione economica del costo medio mensile, la stima del costo pro capite per residente al raggiungimento di definiti valori standard.

Si è, quindi, passati da un sistema di remunerazione della prestazione per tipologia prestazionale ad un sistema basato sulla differenziazione dell'accesso per profilo di cura derivante dalla compilazione della Scheda di valutazione SVAMA e SVAM.di.

Al fine di dare particolare impulso alle attività territoriali e domiciliari, in coerenza con il nuovo assetto delle reti assistenziali, ASReM, coerentemente a quanto stabilito dalle disposizioni regionali, sta già predisponendo ulteriori azioni. In particolare, si prevede di:

- ▬ potenziare le dimissioni protette le cui linee guida sono state approvate con provvedimento del Direttore Generale n. 12/2012, attraverso un collegamento tra l'ospedale e l'équipe territoriale;
- ▬ creare un sistema di radiologia portatile domiciliare in favore di persone anziane, disabili o le cui condizioni non permettano il trasporto in una struttura sanitaria;
- ▬ acquistare apparecchiature portatili di diagnostica ed analizzatori portatili;
- ▬ avviare un sistema sperimentale di telemedicina per il monitoraggio dei pazienti in assistenza domiciliare affetti da scompenso cardiaco ed insufficienza respiratoria;
- ▬ definire e implementare PDTA territoriali per il diabete, scompenso e bpco (vedi azione 11.3.5);
- ▬ introdurre un sistema informatizzato per la rilevazione delle prestazioni domiciliari erogate dai medici specialisti, dagli infermieri e dai terapisti della riabilitazione;



- sviluppare una app per la rilevazione informatizzata delle prestazioni domiciliari rese dai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

11.3.7 L'assistenza residenziale e semiresidenziale per le non autosufficienze e le disabilità

Il fabbisogno di posti letto di Regione Molise in Residenze Sanitarie Assistenziali è stato definito attraverso i seguenti standard di riferimento:

- **1,5 p.l. x 1.000 abitanti** per anziani non autosufficienti (circa 470 posti letto, pari ad una copertura di circa 3,2% della popolazione >65 anni);
- **0,14 p.l. x 1.000 abitanti** per disabili (45 posti letto);
- **0,15 p.l. x 1.000 abitanti** per riabilitazione residenziale (44 posti letto).

Nella programmazione dei posti letto da attivare nel periodo di vigenza del presente documento, tuttavia, si è tenuto conto oltre che degli standard di riferimento anche delle caratteristiche sociali ed economiche dei cittadini molisani. Non si è non potuto non considerare, inoltre, il processo di riconversione e razionalizzazione dei presidi ospedalieri che renderanno disponibili risorse e spazi. In tal senso si prevede di privilegiare l'attivazione di nuovi posti letto di RSA nelle strutture pubbliche riconvertite o oggetto di riconversione.

L'ammissione in tutte le strutture residenziali è di competenza esclusiva della UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale) presente nel Distretto che si avvale di strumenti di valutazione multidimensionale scientificamente validati che devono consentire l'individuazione di un indice sintetico di misurazione del case-mix assistenziale e della disabilità. Mediante valutazioni periodiche, si qualifica nel tempo la prestazione e verifica l'esatta corrispondenza tra gli specifici bisogni e l'assistenza erogata. Gli strumenti di valutazione multidimensionali già utilizzati in Regione Molise dalle UVM distrettuali sono la SVAMA e la SVAM.di sia nell'ambito dell'assistenza residenziale sia in quella semiresidenziale.

Area della non autosufficienza

L'area della non autosufficienza allo stato attuale è caratterizzata dalla presenza di una dotazione di posti letto pari a 222 unità.

Una peculiarità specifica è rappresentata da 4 strutture private con una complessa dotazione di posti letto pari a 167 (ex DPCM 08.08.85). Per tali strutture, oggetto di contenzioso circa l'appropriatezza erogativa, è in fase di predisposizione un apposito DCA che, in ottemperanza alle sentenze del TAR Molise, ripristina senza soluzione di continuità il rapporto convenzionale con le 4 istituzioni socio-assistenziali che erogano, in regime di Residenza Protetta, prestazioni socio-sanitarie. Con l'approvazione del presente Programma Operativo Straordinario si procederà alla riconversione delle stesse in RSA o RP in base agli attuali fabbisogni assistenziali e ai requisiti strutturali, organizzativi e funzionali delle strutture stesse.

Dette strutture, inoltre, sulla base del parere espresso dai ministeri affiancanti (Parere n. 126_P del 17.05.2013) saranno obbligate a far valutare dalle competenti UVM distrettuali i pazienti già in carico o gli eventuali nuovi ingressi e dovranno fornire alla Regione e all'ASReM il dato sulle presenze per l'alimentazione del flusso FAR.

Con DCA n.80 del 01.12.2015 (Prot. SIVeAS 2015_128_A) si è provveduto al ripristino dei rapporti convenzionali con le strutture socio-assistenziali, prevedendo inoltre che a partire dal 1° gennaio 2016 le competenze in materia di rapporti convenzionali fossero trasferite in capo all'ASReM con diretta funzione di controllo e valutazione dei rapporti di convenzione con suddette tipologie di strutture.

Sarà emanato:

- il DCA di riassetto dell'assistenza residenziale e semiresidenziale ("*Piano regionale di riordino dell'assistenza residenziale e semiresidenziale per la non autosufficienza e la disabilità*") per l'eventuale riconversione delle strutture (con eventuale successiva revisione dell'accreditamento) entro 60 giorni dall'approvazione del presente POS.



Il fabbisogno complessivo per questa area assistenziale, in base agli standard nazionali di riferimento (vedi Tabella 52), è stato stimato pari a 924 posti letto.

Posti letto residenziali - area della non autosufficienza				
RSA per anziani non autosufficienti				
Distretto	Popolazione residente (al 01.01.2015)	attive	posti letto/unità	Fabbisogno stimato (L. 34/1996) 1,5 x 1.000 ab.
Campobasso	126.242	0		189
Isernia	87.292	1	20	131
Termoli	101.191	1	20	152
Totale RSA per anziani	314.725	2	40	472
Centri diurni per anziani non autosufficienti				
Venafro	126.242			15
Agnone	87.292			15
Larino	101.191			15
Totale centri diurni	314.725	0	0	45
RSA per riabilitazione residenziale (Alzheimer)				
Campobasso	126.242			19
Isernia	87.292			13
Termoli	101.191			15
Totale RSA Alzheimer	314.725	0	0	47
Centri diurni per riabilitazione (Alzheimer)				
Campobasso	126.242	1	15	15
Isernia	87.292			15
Termoli	101.191			15
Totale centri diurni	314.725	1	15	45
Residenze protette				
Campobasso	126.242			126
Isernia	87.292			87
Termoli	101.191			101
Totale Residenze Protette	314.725	4	167	315
TOTALE		7	177	924

Tabella 52: fabbisogno di posti letto e unità semiresidenziali per l'assistenza a non autosufficienti

A fronte del fabbisogno di posti letto stimati Regione Molise, nella programmazione dei posti letto da attivare, ha tenuto comunque conto, oltre che degli standard di riferimento, anche delle caratteristiche sociali ed economiche dei cittadini molisani. Non si è potuto non considerare, inoltre, che il processo di riconversione e razionalizzazione dei presidi ospedalieri renderanno disponibili risorse e spazi. In tal senso si prevede di privilegiare l'attivazione di nuovi posti letto di RSA nelle strutture pubbliche riconvertite o oggetto di riconversione.

In quest'ottica si prevede l'attivazione di complessivi 300 posti letto e 65 posti per i centri diurni (vedi Tabella 53).



0260
M

Dotazione futura di posti letto residenziali - area della non autosufficienza								
RSA per anziani non autosufficienti								
Struttura	Tipologia	PL attivi	PL da attivare	Totale	Tempistica di attivazione	Alta intensità (R1)	Media intensità (R2)	Bassa intensità (R3)
Osp. Di comunità - Larino	P.O riconvertito	20	20	40	Da rideterminare		40	
Osp. Di comunità - Venafro	P.O riconvertito	0	40	40	Da rideterminare		40	
Osp. Zona disagiata - Agnone	P.O riconvertito	0	40	40	Da rideterminare		40	
Casa della Salute - Trivento	Casa Salute	0	40	40	Da rideterminare			40
RSA Colletorto	RSA pubblica	0	60	60	Da rideterminare			60
GEA Medica	CdC privata	0	20	20	Da rideterminare	20		
Castel del Giudice	RSA privata	20	0	20	Da rideterminare		20	
CARSIC	Strut. Privata	0	20	20	Da rideterminare			20
Fisiomedica Loretana	Strut. Privata	0	20	20	Da rideterminare			20
Totale		40	260	300		20	140	140
Centri diurni per anziani non autosufficienti								
Struttura	Tipologia	Prese in carico	da attivare	Totale	Tempistica di attivazione	Alta intensità	Media intensità	Bassa intensità
Osp. Di comunità - Larino	P.O riconvertito		15	15	Da rideterminare			15
Osp. Di comunità - Venafro	P.O riconvertito		15	15	Da rideterminare			15
Osp. Zona disagiata - Agnone	P.O riconvertito		15	15	Da rideterminare			15
Totale centri diurni		0	45	45		0	0	45
RSD per riabilitazione residenziale (Alzheimer)								
Struttura	Tipologia	PL attivi	PL da attivare	Totale	Tempistica di attivazione	Alta intensità	Media intensità	Bassa intensità
GEA medica	Strut. Privata	0	10	10	Da rideterminare	10		
Osp. Di comunità - Larino	P.O riconvertito	0	10	10	Da rideterminare	10		
Osp. Di comunità - Venafro	P.O riconvertito	0	10	10	Da rideterminare	10		
Casa della Salute - Riccia	Casa Salute	0	10	10	Da rideterminare	10		
Totale		0	40	40		40	0	0
Centri diurni per riabilitazione (Alzheimer)								
Struttura	Tipologia	Prese in carico	da attivare	Totale	Tempistica di attivazione	Alta intensità	Media intensità	Bassa intensità
Centro diurno Campobasso	Ambulatorio	15	0	15	Attivo			15
Casa della Salute - Isernia	Casa Salute	0	10	10	Da rideterminare			10
Casa della Salute - Termoli	Casa Salute	0	10	10	Da rideterminare			10
Totale		15	20	35		0	0	35
Residenze Protette*								
Struttura	Tipologia	PL attivi	PL da attivare	Totale	Tempistica di attivazione	Alta intensità	Media intensità	Bassa intensità
Totale		0	ND	ND				
TOTALE POSTI LETTO DA ATTIVARE		40	260	300		60	140	140

* Relativamente alle Residenze Protette si rimanda al paragrafo in cui si è descritto lo stato del contesto in essere

Tabella 53: situazione futura di posti letto e unità semiresidenziali per l'assistenza a non autosufficienti

Area della disabilità

La dotazione attuale di posti letto residenziali nell'area della disabilità è pari a 193 unità, tutte afferenti alla riabilitazione ex art. 26. In base agli standard di posti letto residenziali e unità semiresidenziali si evidenzia un fabbisogno complessivo pari a 280 posti letto/unità. Nel confronto rispetto all'attuale offerta si rende, quindi, necessario diminuire i posti letto dedicati alla riabilitazione ex art. 26 e potenziare/attivare l'assistenza in RSA per disabili.



[Handwritten signature]

Posti letto residenziali - area della disabilità				
RSA per disabili				
Distretto	Popolazione residente (al 01.01.2015)	attive	posti letto/unità	Fabbisogno stimato (L. 34/1996) 0,14 x 1.000 ab.
Campobasso	126.242			18
Isernia	87.292			12
Termoli	101.191			14
Totale RSA per disabili	314.725	0	0	44
Riabilitazione ex art.26				
Campobasso	126.242	1	73	63
Isernia	87.292	1	120	44
Termoli	101.191			51
Totale RSA per disabili	314.725	2	193	157
Centri diurni di riabilitazione ex art.26				
Campobasso	126.242	1	24	30
Isernia	87.292	1	22	25
Termoli	101.191	1	21	24
Totale centri diurni per disabili	314.725	3	67	79
TOTALE		5	260	280

Tabella 54: fabbisogno di posti letto e unità semiresidenziali per l'assistenza ai disabili

A tale proposito Regione Molise intende procedere ad una consistente revisione dell'attuale offerta per la disabilità e, al tempo stesso, riorganizzare il livello di intensità di cure, prevedendo all'interno delle strutture la presenza dei 3 diversi nuclei di trattamento (intensiva, estensiva e di mantenimento).

Dotazione futura di posti letto residenziali - area della disabilità								
RS per disabili - offerta posti letto situazione futura								
Struttura	Tipologia	PL attivi	PL da attivare	Totale	Tempistica di attivazione	Intensiva	Estensiva	di mantenimento
CARSIC	Strut. Privata	0	20	20	Da rideterminare	0	10	10
Fisiomedica Loreтана	Strut. Privata	0	25	25	Da rideterminare	0	15	10
Totale		0	45	45		0	25	20
Riabilitazione ex art. 26 - offerta posti letto interni								
Struttura	Tipologia	PL attivi	PL da attivare	Totale	Tempistica di attivazione	Intensiva	Estensiva	di mantenimento
Fisiomedica Loreтана	Strut. Privata	73	0	0	Da rideterminare			
CARSIC	Strut. Privata	120	0	30	Da rideterminare	10	10	10
Centro Pavone Neuro-med*	Strut. Privata	0	40	40	Da rideterminare	10	15	15
Osp. Di comunità - Larino	P.O riconvertito	0	40	40	Da rideterminare	10	15	15
Osp. Di comunità - Venafro	P.O riconvertito	0	20	20	Da rideterminare	0	10	10
Totale		193	100	130		30	50	50
Centri diurni di riabilitazione ex art.26 a regime semiresidenziale e ambulatoriale								
Struttura	Tipologia	Prese in carico	da attivare	Totale	Tempistica di attivazione	Intensiva	Estensiva	Ambulatoriale
L'incontro - Campobasso	Strut. Privata	24		24	Attivo		10	14
Riabilis - Isernia	Strut. Privata	22		22	Attivo		10	12
S. Francesco d'Assisi... - Termoli	Strut. Privata	21		21	Attivo		10	11
Totale centri diurni per disabili		67	0	67		0	30	37
* previsti 10 PL per l'unità speciale di accoglienza prolungata								
TOTALE POSTI LETTO DA ATTIVARE		193	145	170		30	75	70

Tabella 55: situazione futura di posti letto e unità semiresidenziali per l'assistenza ai disabili

Nelle tabelle seguenti si riporta il dettaglio per singola struttura della dotazione attuale e futura dei posti letto e delle unità di assistenza diurna.



Tabella riepilogativa dell'assetto dei posti letto per struttura			RS per disabili			RS per riabilitazione residenziale (Alzheimer)			Totale per struttura
Struttura	Tipologia	Situazione attuale	RS per disabili	Riabilitazione ex art.26	Totale disabilità	RSA	RS per riabilitazione residenziale (Alzheimer)	Totale non autosufficienza	Totale per struttura
CARISIC	Strut. Privata	120	20	30	50	20		20	70
Fisiomedica Loretana	Strut. Privata	73	25		25	20		20	45
Centro Pavone Neuromed*	Strut. Privata			40	40			0	40
GEA Medica	CdC private					20	10	30	30
Castei del Giudice	RSA privata	20				20		20	20
Totale Privato		213	45	70	115	80	10	90	205
Osp. Di comunità - Larino	P.O. riconvertito	20		40	40	40	10	50	90
Osp. Di comunità - Venafro	P.O. riconvertito			20	20	40	10	50	70
Osp. Zona disagiata - Agnone	P.O. riconvertito					40		40	40
Casa della Salute - Trivento	Casa Salute					40		40	40
RSA Colletorto	RSA pubblica					60		60	60
Casa della Salute - Ripoli	Casa Salute						10	10	10
Totale Pubblico		20	0	60	60	220	30	250	310
Totale		233	45	130	175	300	40	340	515

Tabella riepilogativa dell'assetto delle unità nei centri diurni			Centri diurni di riabilitazione ex art.26		Centri diurni per anziani non autosufficienti			Centri diurni per riabilitazione (Alzheimer)		Totale per struttura
Struttura	Tipologia	Situazione attuale	Centri diurni di riabilitazione ex art.26	Totale disabilità	Centri diurni per anziani non autosufficienti	Centri diurni per riabilitazione (Alzheimer)	Totale non autosufficienza	Totale per struttura		
L'incontro - Campobasso	Strut. Privata	24	24	24			0	24		
Riabilis - Isernia	Strut. Privata	22	22	22			0	22		
S. Francesco d'Assisi - Termoli	Strut. Privata	21	21	21			0	21		
Totale Privato		67	67	67	0	0	0	67		
Osp. Di comunità - Larino	P.O. riconvertito			0	15		15	15		
Osp. Di comunità - Venafro	P.O. riconvertito			0	15		15	15		
Osp. Zona disagiata - Agnone	P.O. riconvertito				15		15	15		
Centro diurno Campobasso	Ambulatorio	15				15	15	15		
Casa della Salute - Isernia						10	10	10		
Casa della Salute - Termoli						10	10	10		
Totale Pubblico		15	0	0	45	35	80	60		
Totale		82	67	67	45	35	80	127		

Tabella 56 e Tabella 57: Riepilogo della dotazione di posti letto per singola struttura

Vista la complessa ed articolata manovra di riordino e potenziamento che si prevede nell'area dell'assistenza per la non autosufficienza e disabilità, Regione Molise intende emanare un apposito decreto ("Piano regionale di riordino dell'assistenza residenziale e semiresidenziale per la non autosufficienza e la disabilità") entro 60 giorni dall'approvazione del POS. All'interno di tale piano saranno ricomprese le indicazioni di riassetto dell'offerta di posti letto per assistenza residenziale e semi-residenziale. Tale Piano sarà, inoltre, completato e ampliato dal Decreto di aggiornamento e revisione delle tariffe sull'assistenza territoriale (vedi 11.3.9 Compartecipazione).

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Potenziamento dell'offerta di posti letto residenziali e semiresidenziali	
Allineamento della dotazione di posti letto agli standard normativi previsti e alle reali esigenze della popolazione	
Riordino della riabilitazione ex art.26 e razionalizzazione dei posti letto attuali	
Attivazione strutture e posti letto residenziali ASReM	
indicatori di risultato	Tempistica
Emanazione DCA di ripristino dei rapporti convenzionali con le strutture private (RP) come da sentenza TAR Molise	DCA 80 2015 (Prot. SIVeAS 2015_128_A)
Emanazione DCA su decreto "Piano regionale di riordino dell'assistenza residenziale e semiresidenziale per la non autosufficienza e la disabilità"	Entro 60 giorni approvazione POS
Completa attivazione dei nuovi posti letto di RSA - componente pubblica	Dicembre 2017
Completa attivazioni posti letto RSA - strutture private	Marzo 2017



ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Completa attivazioni posti letto RSD - strutture private	Marzo 2017
Completa attivazione dei nuovi post letto di riabilitazione residenziale (Alzheimer) - componente pubblica	Dicembre 2017
Completa attivazione dei nuovi post letto di riabilitazione residenziale (Alzheimer) - strutture private	Marzo 2017
Riconversione posti letto di riabilitazione extra ospedaliera ex. Art 26 - strutture private	Entro 30 giorni approvazione POS
Attivazione nuovi posti letto di riabilitazione extra ospedaliera ex. Art 26 - strutture private	Marzo 2017
Completa attivazione nuovi posti letto di riabilitazione extra ospedaliera ex. Art 26 - componente pubblica	Dicembre 2017
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
Si stima un incremento dei costi (nella componente pubblica e privata) pari a + 5.316 €/000	

11.3.8 La rete dei laboratori

La Regione Molise, nel più generale contesto del Piano di Rientro e per quanto concerne la corretta definizione del "Piano di riorganizzazione delle strutture di diagnostica di laboratorio pubbliche e private", ha inteso dare concreta attuazione a quanto previsto dalla Legge Finanziaria 2007 con la finalità ultima, mediante l'utilizzo di processi standardizzati, di ottenere significativi miglioramenti nei livelli di qualità delle prestazioni erogate e nel contenimento della spesa complessiva sostenuta.

Ai fini della determinazione puntuale dei risultati attesi per la riorganizzazione della rete laboratoristica dei privati e del service di laboratorio occorre tener conto della normativa nazionale di riferimento, tra cui l'accordo Stato Regioni del 23.03.2011 e non si può prescindere dalla organizzazione e della produzione della rete dei laboratori presente ad oggi sul territorio molisano.

L'attuale organizzazione della Medicina di Laboratorio è strutturata sul funzionamento di n° 6 laboratori pubblici, aventi sede nei 7 distretti territoriali (vedi Tabella 58) operanti nella Regione Molise, e n° 15 laboratori privati, provvisoriamente accreditati e contrattualizzati, tra cui un laboratorio analisi presso l'IRCCS "Neuromed", specializzato in neuroscienze, ed un laboratorio analisi operante presso il Centro di Alta Specializzazione dell'Università Cattolica del Sacro Cuore afferente ai dipartimenti di Cardiocirurgia ed Oncologia.



Produzione nel 2014 dei laboratori pubblici in Regione Molise								
Distretto	Ubicazione	Tipologia struttura	Prestazioni 2014	spesa lorda 2014	Prestazioni molisani	% su tot	Prestazioni extramolisani	% su tot
DISTRETTO DI CAMPOBASSO	CAMPBASSO	P.O. CARDARELLI	669.872	3.142.489	652.038	97%	17.834	3%
DISTRETTO DI TERMOLI	TERMOLI	P.O. SAN TIMOTEO	564.553	2.410.063	543.834	96%	20719	4%
DISTRETTO DI ISERNIA	ISERNIA	P.O. VENEZIALE	480.831	1.696.869	458.217	95%	22.614	5%
DISTRETTO DI LARINO	LARINO	P.O. VIETRI	317.737	953.267	312.157	98%	5.580	2%
DISTRETTO DI VENAFRO	VENAFRO	P.O. SS. ROSARIO	230.714	733.319	195.714	85%	35000	15%
DISTRETTO DI BOJANO	BOJANO	P.O. CARDARELLI	138.442	419.561	136.416	99%	2026	1%
DISTRETTO DI AGNONE	AGNONE	P.O. CARACCILO	140.511	408.761	113.857	81%	26654	19%
Totale			2.542.660	9.764.328	2.412.233	95%	130.427	5%

Tabella 58: Situazione attuale prestazioni erogate dalla rete di laboratori pubblica

La Tabella seguente mostra l'elenco delle strutture di laboratorio private accreditate. La fonte dati è quella del Sistema di Tessera sanitaria SOGEI. L'anno di riferimento è il 2014. La produzione erogata dai privati accreditati rappresenta circa il 31% della produzione totale, di cui solo FGPII produce circa il 38% della produzione privata.

Produzione nel 2014 dei laboratori privati accreditati in Regione Molise								
Denominazione struttura	Ubicazione	Tipologia struttura	Prestazioni 2014	Spesa lorda 2014	Prestazioni Molisani	% su tot	Prestazioni extramolisani	% su tot
LABORATORIO ANALISI CLINICHE DR.SSA COLELLA GI.NA	Campobasso	Laboratorio Analisi	27.584	91.307	27.019	4,0%	565	0,1%
BIOMEDICAL S.N.C.	Campobasso	Laboratorio Analisi	23.911	75.386	23.566	3,5%	345	0,1%
CENTRO DIAGNOSTICO MINERVA S.R.L.	Venafro	Laboratorio Analisi	17.954	62.192	16.867	2,5%	1.087	0,2%
BIOMEDICAL CENTER S.R.L.	Venafro	Laboratorio Analisi	40.606	174.071	34.505	5,1%	6.101	0,9%
LABORATORIO ANALISI GRAVINA MARIALUISA	Campobasso	Laboratorio Analisi	12.753	32.765	12.753	1,9%	0	0,0%
LABORATORIO ANALISI ARETINI-DE GREGORIO	Campobasso	Laboratorio Analisi	11.982	33.724	11.896	1,8%	86	0,0%
CENTRO MEDICO DEL MOLISE	Termoli	Laboratorio Analisi	12.081	35.570	11.740	1,7%	341	0,2%
LABORATORIO ANALISI DR. GENNARO DE GREGORIO	Termoli	Laboratorio Analisi	21.370	64.703	21.062	3,1%	308	0,0%
CENTRO ALLERGICOLOGICO DEL MOLISE	Termoli	Laboratorio Analisi	5.528	138.963	4.711	0,7%	817	0,1%
GAMMA S.N.C. DI LEONE ANGELA E C.	Termoli	Laboratorio Analisi	23.563	78.080	22.680	3,4%	883	0,1%
DIAGNOSTICA FORTORE	Riccia	Laboratorio Analisi	42.454	101.595	42.454	6,3%	0	0,0%
LABORATORIO ANALISI BIOLAB S.R.L.	Bojano	Laboratorio Analisi	16.293	43.502	16.001	2,4%	292	0,0%
CASA DI CURA VILLA MARIA S.R.L.	Campobasso	Laboratorio Analisi	20.498	54.525	20.277	3,0%	221	0,0%
CASA DI CURA PRIVATA VILLA ESTHER S.R.L.	Bojano	Polispecialistica	65.542	169.182	47.846	7,1%	17.696	2,6%
FONDAZIONE DI RICERCA E CURA "GIOVANNI PAOLO II"	Campobasso	Polispecialistica	238.019	1.126.592	173.754	25,7%	64.265	9,5%
NEUROMED SNC	Pozzilli	Polispecialistica	96.856	851.753	70.705	10,4%	26.151	3,9%
Totale			676.904	3.133.911	557.835	82%	119.069	18%

Tabella 59: Situazione attuale offerta laboratori privati accreditati

A seguito del riordino della rete ospedaliera, frutto di un'analisi del fabbisogno assistenziale regionale, si rende necessaria una contestuale riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici e privati sulla base di un modello Hub & Spoke. Si prevede, inoltre, di regolamentare il service di laboratorio al fine di adeguarsi alla normativa vigente in materia.

La riorganizzazione della rete dei laboratori prevede la presenza di un laboratorio Hub e la disattivazione di due laboratori specialistici. La nuova configurazione prevede:

- 1 laboratorio ad elevata complessità (Hub) presso il Presidio Ospedaliero Cardarelli – Fondazione Giovanni Paolo II di Campobasso (a seguito dell'integrazione tra le due strutture);
- 2 laboratori specialistici (Spoke) presso i Presidi Ospedalieri Venezia di Isernia e San Timoteo di Termoli;
- Laboratorio di base presso il Presidio Ospedaliero Caracciolo di Agnone.

Il **laboratorio di Riferimento regionale (Hub)** sarà dotato di un sistema informativo integrato in grado di rendere possibile la condivisione delle richieste e dei risultati nonché la diffusione *on-line* ospedaliera e territoriale delle risposte (referti), con sede presso il Presidio Ospedaliero "A. Cardarelli" – Fondazione Giovanni Paolo II (a seguito dell'integrazione) di Campobasso, cui fanno capo tutte le altre Strutture Specialistiche Regionali.



I laboratori Specialistici (Spoke) con sede presso l'Ospedale "F. Veneziale" di Isernia e presso l'Ospedale "S. Timoteo" di Termoli erogheranno prestazioni di:

- Chimica clinica;
- Ematologia, coagulazione;
- Immunologia (virale, ormonale, oncologica);
- Immunofluorescenza;
- Microbiologia;
- Immunoematologia (limitatamente alle popolazioni e sottopopolazioni linfocitarie);
- Laboratorio d'Urgenza H24 (Medici 8-20, Tecnici 8-20 e 20-8) per un pannello definito e condiviso di esami correlati alla specificità e complessità delle prestazioni erogate dalle Strutture Ospedaliere nelle quali operano.

Il laboratorio di base, con sede presso l'Ospedale S. Francesco Caracciolo di Agnone, si raccorderà con il Laboratorio Specialistico di Isernia per garantire livelli e disponibilità di servizio adeguati alle attività cliniche svolte.

A seguito dell'analisi della domanda, si prevede anche una riorganizzazione della rete laboratoristica privata e il conseguente superamento della frammentazione relativa all'attività prodotta, al fine di migliorare la qualità delle prestazioni erogate. Si provvederà, contestualmente, ad un riassetto organizzativo della rete laboratoristica privata, così come previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 23.03.2011. A seguito dell'adozione del DCA sulla rete dei laboratori, le strutture private accreditate che avranno necessità di utilizzare i servizi di laboratorio dovranno usufruire esclusivamente del service presso il laboratorio del Presidio Ospedaliero "A. Cardarelli" di Campobasso.

Service di laboratorio

Per rendere possibile la riorganizzazione della rete laboratoristica privata è necessario che la Regione Molise normi il sistema del "service di laboratorio" fra strutture operanti nella rete, rendendo possibile per le strutture di laboratorio l'utilizzo delle altre strutture per esami che, per numerosità, complessità e/o necessità di strumentazione e personale molto qualificato, andrebbero consolidati all'interno di poche realtà.

La struttura commissariale in data 09.07.2015 ha emanato il DCA 41/2015 (invio SiVeAS prot_2015_64_A) con il quale regola e descrive il nuovo assetto delle rete laboratoristica regionale sia pubblica che privata.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Attivazione e regolamentazione del service di laboratorio	
Riorganizzazione rete laboratoristica privata	
Chiusura dei laboratori ospedalieri pubblici di: SS. Rosario di Venafro, Vietri di Larino, Caracciolo di Agnone	
Riorganizzazione rete laboratoristica pubblica (ASReM)	
Indicatori di risultato	Tempistica
Attivazione di programmi specifici di controllo interno e valutazione esterna di qualità (VEQ)	Da Agosto 2016
Monitoraggio e verifica annuale delle prestazioni erogate dai laboratorio privati accreditati	Entro 60 giorni approvazione POS
Adozione del DCA sulla regolamentazione del Service di Laboratorio	Entro 30 giorni approvazione POS
Monitoraggio attività Service di Laboratorio	Entro 30 giorni approvazione POS
Numero delle strutture private accreditate che soddisfano i requisiti dell'Accordo in CSR del 23.3.2011	Marzo 2017



ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
Direttore del servizio dell'Assistenza Territoriale Regionale	

11.3.9 Compartecipazione del cittadino alla spesa

Relativamente alle compartecipazioni in materia di assistenza residenziale e semiresidenziale la Regione ha emanato il DCA 26/2012 del 31.05.2012.

Tuttavia si ritiene necessario procedere ad un aggiornamento delle rette e della quota di compartecipazione correlata per l'assistenza residenziale e semiresidenziale sia per la non autosufficienza sia per la disabilità. Tale necessità deriva dal disallineamento degli importi definiti nel sopracitato decreto commissariale (DCA 26/2012) con gli attuali costi di gestione e con la nuova rimodulazione della rete. All'interno dello stesso decreto saranno previsti anche eventuali aggiornamenti in merito alle altre tariffe esistenti per l'assistenza territoriale in modo da uniformare e aggiornare l'intero nomenclatore tariffario regionale in materia.

La Regione s'impegna, quindi, ad emanare un nuovo Decreto di revisione delle tariffe, rette e delle compartecipazioni dei cittadini alla spesa per le prestazioni di assistenza territoriale entro 60 giorni dall'emanazione del presente Programma Operativo Straordinario 2015-2018.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Allineamento della tariffazione per l'assistenza territoriale	
Riassetto e revisione delle rette e delle correlate compartecipazioni per le prestazioni di assistenza territoriale	
Indicatori di risultato	Tempistica
Emanazione DCA sulla revisione delle tariffe, rette e delle compartecipazioni per le prestazioni di assistenza territoriale	Entro 60 giorni approvazione POS
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
Direttore del servizio dell'Assistenza Territoriale Regionale	



11.4 Rete socio-sanitaria

11.4.1 Hospice, terapia del dolore, rete delle cure palliative

Nella Regione Molise è presente una struttura Hospice pubblica, il Centro Residenziale di Cure Palliative attivo dal 2005, con sede a Larino e gestito da personale dell'ASReM. La struttura ha attualmente 16 posti letto attivi che corrispondono a circa 0,5 p.l. ogni 10.000 abitanti.

Con il DCA n.21 del 31 marzo 2015 sono state, inoltre, approvate le Linee guida per lo sviluppo della rete delle cure palliative nella regione Molise che, nell'istituire formalmente la rete delle cure palliative, individua i diversi setting assistenziali del servizio di cure:

- Assistenza ospedaliera;
- Assistenza residenziale in Hospice;
- Assistenza in strutture residenziali;
- Assistenza domiciliare.

Infine, nonostante l'attuale dotazione di posti letto attivi sia in linea con il fabbisogno regionale, si è già valutata l'opportunità di attivare posti letto Hospice dedicati all'ambito pediatrico come integrazione dei reparti ospedalieri. Infatti, in relazione alle Cure palliative pediatriche, in ragione dell'esigua epidemiologia, il numero dei posti letto dedicato da attivare presso la UOC di Pediatria dell'Ospedale "A. Cardarelli" di Campobasso è determinata in n. 2 unità.

In tale senso è, infatti, stato adottato il DCA 46/2015 (Invio SiVeAS 69_A/2015) che descrive le linee guida per lo sviluppo della rete delle cure palliative e del dolore pediatrico.

Il Centro di riferimento di cure palliative e di terapia del dolore pediatriche è un'articolazione della rete regionale adulti cure palliative e svolge attività di diagnosi, cura, formazione e ricerca. Ha il ruolo di coordinamento della Rete su tutto il territorio della Regione, concorre al sostegno metodologico e alla diffusione degli strumenti condivisi di lavoro, partecipa alla valutazione dei bisogni assistenziali nella progettazione dei piani di cura dei singoli casi (U.V.M.), concorre alla definizione delle strategie terapeutiche per il trattamento del dolore nell'età pediatrica, supporta la formazione degli operatori territoriali e dei care-givers ed il monitoraggio delle attività. Il Centro di riferimento partecipa ai programmi di informazione ed a iniziative culturali ed assume un ruolo di riferimento per il terzo settore. Coordina la gestione specialistica del dolore pediatrico e delle C.P.P., riserva l'intervento diretto nelle situazioni di impegno particolare e all'immediato post-dimissione o subito dopo la presa in carico in affiancamento con l'équipe territoriale, governa l'intervento dei consulenti richiesti sui casi specifici.

In relazione alle campagne di informazione ai cittadini, si richiamano i contenuti della nota protocollo n.115327/2015 del 15 ottobre 2015 (invio LEA 2014 prot. n. 93_A_2015) dove sono opportunamente riportate le attività poste in essere dall'Azienda Sanitaria in termini di formazione, informazione e sensibilizzazione rivolte agli operatori, ai volontari e alle famiglie. L'attività di organizzazione e di coordinamento è affidata al Responsabile dell'Hospice di Larino. Nel corso del triennio di vigenza del presente Programma Operativo Straordinario si prevede, infine, di potenziare l'attività di assistenza domiciliare in modo da migliorare l'accesso alle cure palliative in tutto il territorio regionale.

La Struttura Commissariale ha, inoltre, emanato in data 08.07.2015 il DCA 45/2015 (Invio SiVeAS 68_A/2015) che istituisce la rete regionale della terapia del dolore.

11.4.2 Dipartimento di Salute mentale

L'obiettivo che Regione Molise intende avere per il periodo di vigenza del presente documento è di dare attuazione alle normative regionali che definiscono i requisiti di qualità per l'accreditamento delle strutture e delle relative tariffe (Linee guida di cui alla DGR 16.10.2006, n. 1722 e all'accordo Stato-Regioni del 25.03.2013 sulle strutture residenziali per psichiatrici).



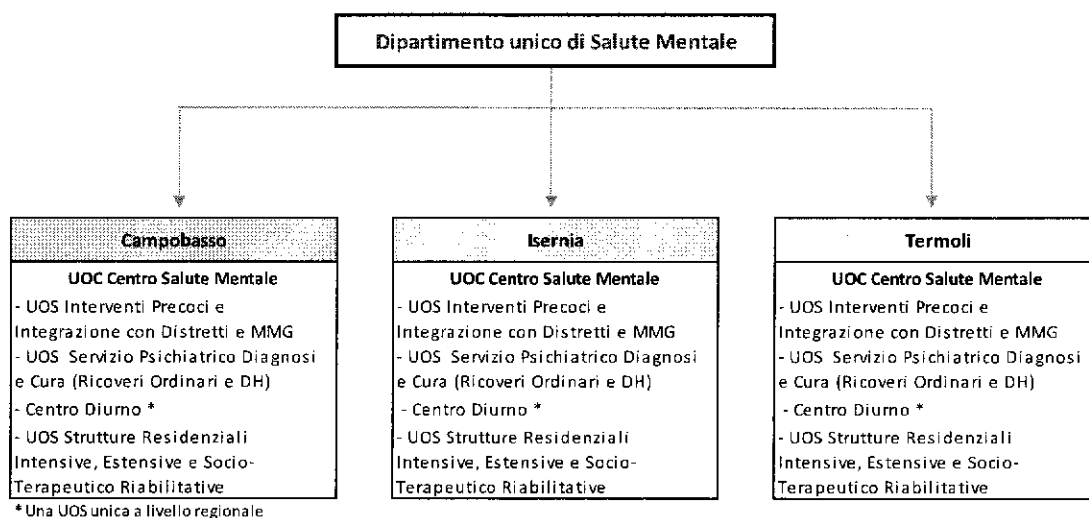


Figura 13: Futuro assetto organizzativo del Dipartimento di Salute Mentale

Si prevede, pertanto, una riconversione e diversificazione delle attuali Strutture residenziali, per rispondere in maniera più appropriata ai bisogni assistenziali dei pazienti. Al fine di adeguare le definizioni ad un criterio comune che consenta, fra l'altro, di rispondere alla rilevazione del Sistema Informativo Salute Mentale, si intende procedere alla denominazione delle strutture residenziali psichiatriche sulla base della tipologia di prestazioni erogate, così come definite dal documento del Ministero della Salute "Prestazioni residenziali e semiresidenziali" (Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza).

Situazione attuale posti letto per la Salute Mentale				
Distretto	Popolazione residente (al 01.01.2015)	Centri	Posti letto	Tipologia assistenza
Campobasso	126.242	6	60	Alta intensità
Isernia	87.292	6	60	Alta intensità
Termoli	101.191	2	14	Alta intensità (10 pl) Media intensità (4 pl)
Totale	314.725	14	134	
Tasso PL ogni 10.000 ab.				4,3

Tabella 60: Situazione attuale offerta di posti letto per la Salute Mentale

In ciascuna di dette residenze sono attivi tre posti per attività riabilitative in regime semiresidenziale.

Il processo di riconversione prevede una diversa articolazione per intensità assistenziale e tipologia di pazienti; in qualche caso, la destinazione ad altro settore assistenziale. In tal senso si prevede di emanare un apposito decreto di riorganizzazione del dipartimento e dei posti letto (DCA su riordino del dipartimento di Salute Mentale) entro 30 giorni dalla data di approvazione del POS. Le ulteriori azioni previste per il prossimo triennio sono:

- **Potenziare l'attività semiresidenziale**
 - L'obiettivo nel triennio è di potenziare e valorizzare gli interventi terapeutico riabilitativi in regime semiresidenziale tramite i 3 Centri Diurni di Campobasso, Termoli e Isernia, assegnando ad ogni Centro di Salute Mentale una ricettività di 15 utenti per ogni Centro Diurno.
- **Promuovere l'inserimento socio-lavorativo**

- Istituzione del DSM regionale unico, con Unità operative complesse di Psichiatria, Psicologia clinica e Servizio psichiatrico di diagnosi e cura;
- Attuazione del Regolamento applicativo della legge regionale n.30/2002, relativamente a compiti e funzioni dei Centri di Salute Mentale (CSM).

Salute mentale - offerta posti letto situazione futura					
Tipologia	Campobasso	Isernia	Termoli	Δ vs. 2014	Tasso ¹
SRP.1	6	6	6	-2	
SRP.2	16	16	8	-10	
SRP.3.1	20	8	10	2	
SRP.3.3	12	12	8	8	
Alta Intensità	22	22	14	-82	1.8
Media-bassa Intensità	32	20	18	66	2.2
Totale	54	42	32	- 16 posti	4.0

¹Tasso per 10.000 abitanti

Tabella 51: Situazione futura offerta di posti letto per la Salute Mentale

È parte integrante della seguente proposta:

- La realizzazione, sulla base di quanto previsto dall'Atto di Accordo di Conferenza Stato-Regione, di 1 Struttura per disabili intellettivi attraverso la riconversione di una CRP di Campobasso che, in base al DPCM, dovrà essere gestita dal distretto, e di 1 Struttura per soggetti con dipendenza soprattutto alcolica e/o doppia diagnosi su Isernia, sempre su base del distretto. Resta altresì, sulla base dello stesso principio, da programmare un Centro per la cura dei disturbi alimentari ed una struttura per le problematiche neuropsichiatriche in adolescenza (che sarà inserito nel decreto di riordino del dipartimento di Salute Mentale);
- La rideterminazione dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici per la diversificata tipologia delle strutture (che sarà inserito nel decreto di riordino del dipartimento di Salute Mentale);
- La realizzazione, sulla base degli stessi principi, di un Centro per la cura dei disturbi alimentari attraverso la riconversione di una CRP di Isernia ed un Centro per le problematiche neuropsichiatriche in adolescenza da attivare ex-novo presso Campobasso e Termoli.

La struttura commissariale in data 17.11.2015 ha emanato il DCA 68/2015 (di prossimo invio al SiVeAS) con il quale regola e descrive il riordino della rete della salute mentale con la nuova definizione dei posti in alta/media e bassa intensità e il riallineamento degli stessi alla media nazionale (3,6 posti letto per 10.000 abitanti). Con lo stesso provvedimento vengono rimodulate le rette con l'indicazione della compartecipazione a carico degli utenti.

11.4.3 Dipendenze patologiche

Negli ultimi anni in Molise il fenomeno della diffusione e consumo di sostanze psicotrope e di alcol ha assunto progressivamente caratteristiche di crescente complessità per far fronte alla quale anche le agenzie educative (famiglia e scuola) spesso si sentono impreparate. L'uso e la dipendenza da droghe e da alcol riguardano un numero sempre crescente di giovanissimi che sottovalutano la pericolosità ed i danni diretti ed indiretti causati da queste sostanze. Altro fattore di criticità è rappresentato, oltre che dall'abuso di farmaci, anche e soprattutto dal consumo di tabacco che costituisce il più importante fattore di rischio per la salute.

Oltre alle vecchie dipendenze emergono nuove e sempre più numerose dipendenze comportamentali quali il *gambling* patologico, l'uso eccessivo di videogiochi ed Internet, lo shopping compulsivo alle quali i Servizi, fortemente carenti in termini di risorse umane, non riescono a far fronte.

Dati epidemiologici

Nell'anno 2013 gli utenti in trattamento per problematica di dipendenza sono stati circa 1.700 seguiti dalle 6 sedi operative dei Servizi per le tossicodipendenze regionali.



Il 73% è rappresentato da tossicodipendenti, il 26% da alcol dipendenti e circa l'1% è affetto da *gambling*. Gli utenti in trattamento sono stati prevalentemente di sesso maschile (circa l'86%). Relativamente all'età la percentuale maggiore aveva un'età compresa tra 30 e 34 anni (25% circa) seguita da coloro con età compresa tra 25 e 29 anni (circa il 22%). In particolare, la maggior parte dell'utenza femminile (35%) aveva un'età inferiore a 35 anni contro il 24% di quella maschile.

Situazione attuale del sistema regionale per le dipendenze

Sul territorio regionale è già attiva una "rete di servizi" sia pubblici sia del terzo settore rivolta ad assicurare le risposte ai complessi bisogni di salute nel settore. La rete risulta così costituita:

- Servizi Tossicodipendenze (SerT): n. 5 SerT presso Agnone, Campobasso, Isernia-Venafro, Larino e Termoli. I Servizi di Campobasso, Isernia e Larino garantiscono le prestazioni anche ai detenuti nei tre Istituti Penitenziari regionali;
- Comunità terapeutiche residenziali: n. 3 Comunità Pedagogico-riabilitative accreditate istituzionalmente per un totale di n. 53 posti letto ed una accreditata provvisoriamente in fase di ristrutturazione per n. 16 posti letto da accreditare istituzionalmente entro il 31 marzo 2017;
- Gruppi di auto mutuo aiuto nell'ambito delle patologie alcol correlate (Club Alcolisti in Trattamento - C.A.T., Alcolisti Anonimi, ecc.).

Va rilevato che le linee guida sull'autorizzazione e l'accREDITAMENTO delle strutture socio-sanitarie prevedono un'offerta diversificata e specialistica in grado di fronteggiare bisogni complessi (*comunità terapeutico-riabilitative, pedagogico-riabilitative, centro riabilitazione della tossicodipendenza assistita, strutture per pazienti affetti da comorbidità psichiatrica, strutture per tossicodipendenti in gravidanza o puerperio e/o con figli minori*) anche se attualmente le strutture residenziali che operano sono tutte del tipo pedagogico-riabilitativo.

Obiettivo individuato dalla presente programmazione, al fine di garantire esauriente risposta ai bisogni espressi, è quello di trasformare almeno una delle tre Comunità terapeutiche oggi operanti da pedagogico-riabilitativo a terapeutico-riabilitativo da accreditare entro il 31 marzo 2017.

Alla luce dei bisogni espressi a livello regionali e dei dati epidemiologici riferiti alle persone con dipendenza patologica, non si ravvisano al momento ulteriori necessità di erogare prestazioni in regime semiresidenziale.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Riorganizzazione offerta posti letto di salute mentale	
Allineamento della dotazione di posti letto agli standard normativi previsti e alle reali esigenze della popolazione	
Riorganizzazione del dipartimento di Salute Mentale	
Riallineamento dell'offerta regionale per le dipendenze patologiche ai fabbisogni assistenziali stimati	
Indicatori di risultato	Tempistica
Emanazione decreto per riordino del dipartimento della Salute Mentale	Agosto 2016
Emanazione decreto per aggiornamento delle tariffe di Salute Mentale	Entro 30 giorni approvazione POS
Riconversione e accreditamento di una struttura della rete delle dipendenze patologiche per l'assistenza terapeutico-riabilitativa	Marzo 2017
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Servizio regionale per l'assistenza socio-sanitaria	
DG ASReM	



11.5 Piano degli investimenti

Investimenti sanitari

Le politiche pubbliche di investimento strutturale nel Servizio sanitario nazionale fanno riferimento al programma pluriennale straordinario di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie autorizzato dall'art. 20 della legge 67/1988.

Altre linee di finanziamento utilizzate dalla Regione Molise, per la realizzazione di opere di edilizia sanitaria, provengono da:

- art. 71 della L.23/12/1998 n. 448 inerente: "Misure di finanza pubblica per la stabilizzazione e lo sviluppo", per la realizzazione di interventi di riorganizzazione e di riqualificazione dell'assistenza sanitaria in alcuni grandi centri urbani;
- Fondi FAS (Fondo per le aree sottoutilizzate) è lo strumento di finanziamento del governo italiano per le aree sottoutilizzate del paese, raccoglie risorse nazionali aggiuntive, da sommarsi a quelle ordinarie e a quelle comunitarie e nazionali di cofinanziamento, diretti soprattutto, ma non esclusivamente, al Socio - Sanitario;
- art. 1 comma 34 bis della L. 662/1996. Fondi finalizzati al perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale, per i quali le Regioni elaborano specifici progetti sulla scorta di criteri e parametri fissati dal Piano stesso, su proposta del Ministro della Sanità, il quale individua i progetti ammessi a finanziamento utilizzando le quote vincolate dal Fondo Sanitario Nazionale.

Situazione attuale

Fondi art. 20 Legge 67/1988

Gli obiettivi generali perseguiti dal programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie attraverso l'art. 20 della legge 67/1988 sono: l'ammodernamento del patrimonio strutturale e tecnologico del Servizio Sanitario Nazionale e l'ottimizzazione dei servizi attraverso la riqualificazione strutturale e tecnologica.

Il Programma è stato articolato in due fasi: la prima fase si è chiusa nel 1996 con un impegno complessivo di € 4.854.694.851,44, di cui € 48.367.737,97 per la Regione Molise.

La seconda fase è proseguita con l'utilizzo delle risorse assegnate dalle delibere CIPE alle regioni e province autonome per la sottoscrizione di accordi di programma.

La legge finanziaria 2007 ha previsto un forte ampliamento del programma straordinario di investimenti in edilizia sanitaria ed a ammodernamento tecnologico. L'art. 1, comma 796, lettera n., della legge finanziaria 2007 eleva a 20 miliardi di euro il finanziamento complessivo del programma. Il maggior importo è stato ripartito con delibera CIPE n. 98 del 18 dicembre 2008.

Al Molise sono state attribuite risorse per complessivi € 140.140.376,58, di cui:

- Delibera CIPE 52/1998 € 104.831.970,75
- Delibera CIPE 65/2002 € 1.962.536,00
- Delibera CIPE 98/2008 € 14.989.007,41
- Delibera CIPE 97/2008 € 18.356.862,42

Sono state inoltre ripartite alle regioni risorse per la radioterapia ammontanti complessivamente ad € 15.493.706,97, di cui € 152.667,92 per la Regione Molise.

Finanziamenti dello Stato



Finanziamenti dello Stato	
Fonte	Somma (in €)
2 ^a fase	104.831.971
3 ^a fase	1.962.536
finanziaria 2007	14.989.007
finanziaria 2008	18.356.862
Totale	140.140.377

Tabella 62: Finanziamenti dello stato per la Regione Molise

Finanziamenti ex art. 20 Legge 67/88

a) Interventi necessari ad adeguare le strutture e le tecnologie sanitarie alla normativa vigente in materia di sicurezza.

L'Accordo, siglato nell'anno 2000, prevede, al momento, l'attuazione di 18 interventi per un importo complessivo di € 13.090.279,65 di cui € 12.435.765,67 a carico dello Stato.

L'evoluzione del programma, successivamente rimodulato, è il seguente:

- n. 16 interventi conclusi;
- n. 2 interventi in esecuzione.

b) Accordo di Programma di investimenti della Regione Molise per la linea di investimento art. 20 L. 67/88. Seconda fase.

L'Accordo, siglato in data 03.02.2005, prevede, l'attuazione di 5 interventi per un importo complessivo di € 12.392.517,63 di cui € 11.772.891,75 a carico dello Stato.

L'evoluzione del programma è il seguente:

- n. 3 intervento concluso;
- n. 2 interventi in esecuzione.

c) Accordo di Programma Integrativo 2008.

L'Accordo, siglato in data 10.03.2008, prevede, l'attuazione di 5 interventi per un importo complessivo di € 11.700.000,00 di cui € 11.115.000,00 a carico dello Stato.

L'evoluzione del programma è il seguente:

- n. 4 interventi in esecuzione;
- n. 1 revocato;

d) Accordo di Programma in attuazione dell'art. 79, comma 1-sexies, lettera c, del D.L. 112/2008.

L'Accordo, siglato in data 03.03.2014, prevede, l'attuazione di un unico intervento per un importo complessivo di € 5.950.000,00 di cui € 5.650.500,00 a carico dello Stato.



L'evoluzione del programma è il seguente:

■ n. 1 intervento da affidare.

e) Piano AIDS

Il piano ex l. 135/1990, di complessivi € 2.178.569,01, è stato attuato presso la struttura ospedaliera "A. Cardarelli" di Campobasso.

L'intervento è attualmente concluso.

Accordi di Programma sottoscritti

Accordi di programma sottoscritti	
Fonte	Somma (in €)
Accordo 2005	11.772.892
Accordo 2008	11.115.000
Art. 79 Legge n. 133/2008	5.650.500
Totale	28.538.392

Tabella 63: Situazione degli accordi sottoscritti da Regione Molise

Interventi ancora attivi

Si riporta, di seguito, la tabella nella quale sono stati inseriti gli interventi ancora in corso di esecuzione. Dalla stessa si evince che le somme vincolate a carico dello stato per la realizzazione di detti interventi ammontano complessivamente ad **€ 3.517.409,19**.

Situazione attuale interventi di edilizia sanitaria				
Titolo intervento	Importo a Carico dello Stato	Importo a Carico Stato Liquidato	Importo a Carico Stato residuo	Stato Lavori
REALIZZAZIONE DELLA CABINA ELETTRICA E DEL GRUPPO DI EMERGENZA OSPEDALE DI ISERNIA	€ 1.140.000,00	€ 1.059.599,13	€ 80.400,87	IN ESECUZIONE
AMPLIAMENTO POLIAMBULATORIO COMUNALE DI TRIVENTO	€ 1.757.500,00	€ 960.694,50	€ 796.805,50	IN ESECUZIONE
AMPLIAMENTO POLIAMBULATORIO COMUNE MONTENERO DI BISACCIA	€ 1.377.500,00	€ 1.377.500,00	€ 0,00	IN ESECUZIONE
REALIZZAZIONE DI UNA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE PER 60 POSTI LETTO	€ 5.700.000,00	€ 3.459.777,90	€ 2.240.222,10	IN ESECUZIONE
INTERVENTI IN MATERIA DI SICUREZZA PER IL N.C.O. E.A. CARDARELLI CAMPOBASSO	€ 1.388.494,37	€ 1.117.689,55	€ 270.804,82	IN ESECUZIONE
PROGETTAZIONE ESECUTIVA PER L'ADEGUAMENTO NORMATIVO DEGLI IMPIANTI ELETTRICI DEL N.C.O. "A. CARDARELLI"	€ 662.355,97	€ 647.748,00	€ 14.607,97	IN ESECUZIONE
LAVORI DI ADEGUAMENTO DELL'IMPIANTO DI INCENERIMENTO PRESSO IL P.O. "A. CARDARELLI" DI CAMPOBASSO.	€ 307.919,47	€ 303.231,68	€ 4.687,79	IN ESECUZIONE
LAVORI DI RIFACIMENTO DELL'AREE IDRICA ACQUA DI RISCALDAMENTO DELLA SEDE ASREM DI V. AUGO PETRELLA.	€ 95.000,00	€ 90.929,37	€ 4.070,63	IN ESERCIZIO
LAVORI DI ADEGUAMENTO DELL'IMPIANTO ELETTRICO PRESSO IL P.O. "A. CARDARELLI" DI CAMPOBASSO	€ 760.000,00	€ 669.119,82	€ 90.880,18	IN ESECUZIONE
RISTRUTTURAZIONE ED ADEGUAMENTO NUOVO PRESIDIO DI LARINO	€ 1.275.648,54	€ 1.275.648,54	€ 0,00	IN ESERCIZIO
PIANO DI INFORMATIZZAZIONE	€ 5.720.795,50	€ 5.720.795,50	€ 0,00	IN ESERCIZIO
ADEGUAMENTO A NORMA E RISTRUTTURAZIONE OSPEDALE "F. VENEZIALE" DI ISERNIA	€ 760.000,00	€ 760.000,00	€ 0,00	IN ESERCIZIO
ADEGUAMENTO A NORMA E RISTRUTTURAZIONE OSPEDALE "F. VENEZIALE" DI ISERNIA	€ 4.370.000,00	€ 4.355.070,67	€ 14.929,33	IN ESECUZIONE
TOTALE	€ 25.315.213,85	€ 21.797.804,66	€ 3.517.409,19	

Tabella 64: Stato di avanzamento degli interventi ancora attivi

Fondi a disposizione

Per la realizzazione di Programmi di Investimenti, secondo quanto di seguito riportato, sono disponibili risorse per complessivi € 105.585.493,85 di cui € 100.306.219,16 a carico dello Stato:



Calcolo risorse residue

Risorse residue Molise		
Fonte	Segno	Somma (in €)
Finanziamenti statali per accordi		127.704.611
Accordi di programma sottoscritti	A detrarre	28.538.392
Poliambulatorio Frosolone (revocato)	somma	1.140.000
Totale		100.306.219

Tabella 65: Risorse residue ad oggi per Regione Molise

11.5.1 Riordino della rete infrastrutturale sanitaria

Si riportano di seguito le stime delle somme necessarie al riordino delle reti assistenziali e delle strutture sanitarie coinvolte a seguito delle azioni di razionalizzazione descritte nei capitoli precedenti. Nel dettaglio:

- Riconversione degli attuali Presidi Ospedalieri di Agnone, Larino e Venafro. Gli stabilimenti di Venafro, Agnone e Larino saranno oggetto di ristrutturazione per diventare i contenitori di attività territoriali di filtro e di supporto a quella ospedaliera. Il costo totale per gli interventi di adeguamento sismico e riconversione delle suddette strutture è stimato in **€ 60.000.000**;
- Trasformazione dei poliambulatori esistenti in "Casa della Salute". Per la realizzazione degli interventi si prevede una spesa di **€ 25.000.000**;
- Realizzazione di una RSA nel comune di Colletorto da sessanta posti letto e tre RSA da quaranta posti letto ciascuna nelle ex strutture ospedaliere di Larino, Venafro e Agnone. Per la realizzazione degli interventi, attualmente in corso di esecuzione, è stata impegnata la somma complessiva di **€ 8.600.000**;
- Adeguamento sismico, tecnologico, funzionale e rispetto delle norme di sicurezza dei P.O. di Termoli ed Isernia secondo le esigenze derivanti dalla nuova organizzazione dell'offerta sanitaria. Costo stimato degli interventi **€ 70.000.000**;
- Alla luce dell'ipotesi di integrazione tra il presidio Cardarelli e Fondazione Giovanni Paolo II, sono già in corso le attività di stima preliminare degli interventi necessari. Al momento è ragionevole ipotizzare una necessità inferiore ai costi stimati per la messa a norma (adeguamento sismico, tecnologico, funzionale e rispetto delle norme di sicurezza) del Cardarelli quantificabile in circa **€ 60.000.000**. Tuttavia, prudenzialmente e in assenza di una preliminare stima, tale somma si computerà nel totale complessivo.

La stima complessiva delle somme necessarie al riordino delle reti assistenziali e delle strutture sanitarie è pari a circa **223,6 €/mln**.

Regione Molise intende procedere, previa stima preliminare degli interventi per l'integrazione tra Cardarelli e Fondazione Giovanni Paolo II, all'elaborazione e all'invio, ai ministeri affiancanti, del Piano degli Investimenti. In tal modo Regione Molise, previo consenso ministeriale, intende poter stabilire e avviare quanto prima le procedure di avvio dei lavori previsti dalla riorganizzazione delle reti assistenziali.



ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Predisposizione "Piano degli investimenti di edilizia sanitaria"	
Riconversione, ristrutturazione e adeguamento strutture sanitarie ospedaliere e territoriali	
Indicatori di risultato	Tempistica
Invio "Piano degli investimenti di edilizia sanitaria"	Entro 5 mesi dall'approvazione POS
Responsabile del procedimento attuativo	
Struttura commissariale	
Direzione generale per la salute	
ASReM	
Servizio risorse finanziarie e infrastrutture sanitarie	

11.6 Valorizzazione del riordino delle reti assistenziali

11.6.1 Executive Summary

La stima dell'impatto della razionalizzazione della rete ospedaliera (-289 posti letto) e la parallela attivazione/riconversione dei posti letto territoriali (+282 posti letto) porta ad un riequilibrio delle reti di assistenza generando una più appropriata distribuzione tra ospedale e territorio.

Posti Letto Ospedalieri

Dotazione attuale PL	
Strutture pubbliche	837
Strutture private	432
Totale complessivo	1.269

Situazione futura PL	
Strutture pubbliche	600
Strutture private	380
Totale complessivo	980

Delta posti letto

↓	-237	Posti letto pubblico
↓	-52	Posti letto privati
↓	-289	Posti letto SSR

Posti Letto Territoriali*

Dotazione attuale PL	
Strutture pubbliche	20
Strutture private	213
Totale complessivo	233

Situazione futura PL	
Strutture pubbliche	310
Strutture private	205
Totale complessivo	515

↑	290	Posti letto pubblico
↓	-8	Posti letto privati
↑	282	Posti letto SSR

Totale SSR	1.502
-------------------	--------------

Situazione futura SSR	1.495
------------------------------	--------------

↓	-7	Posti letto SSR
---	-----------	------------------------

* Non considerati i PL delle residenze protette e le prese in carico dei centri diurni

Figura 14: Flusso di riordino dei posti letto della rete ospedaliera e territoriale

In base a tale riallineamento si stima un risparmio complessivo potenziale pari a -8,1 €/mln. Prudenzialmente si è proceduto ad effettuare degli abbattimenti che hanno portato ad una stima di impatto delle manovre (saldo tra la manovra ospedaliera e territoriale) pari a complessivi -7,6 €/mln. Tale importo è stato poi imputato nei CE Programmatici.

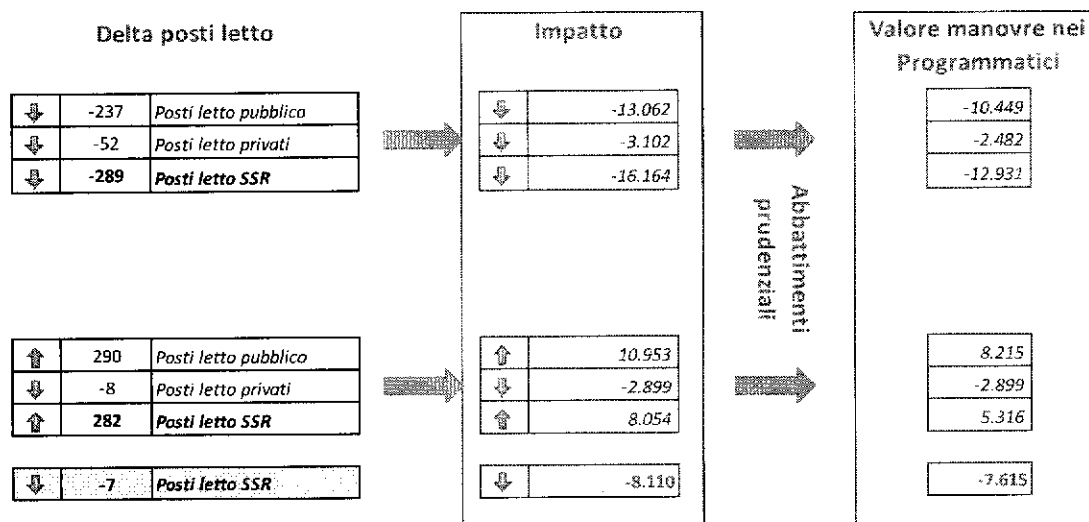


Figura 15: Risparmi stimati dai riallineamenti delle reti assistenziali al lordo degli abbattimenti prudenziali

11.6.2 Rete ospedaliera

A seguito della riorganizzazione della rete assistenziale ospedaliera regionale la riduzione di spesa stimata tra la componente pubblica e privata ammonta nel complesso a 16,1 €/mln.

Una volta definita la stima dei costi futuri, derivante dalla riconfigurazione dei posti letto ospedalieri regionali, si è proceduto alla valorizzazione dell'impatto complessivo della manovra.

Relativamente alla sola componente pubblica, il differenziale di costo individuato attraverso la metodologia in allegato al presente documento è stato, in una prima fase, ribaltato nel modello LA 2014 sulla base dell'incidenza dei costi dei fattori produttivi e, in un secondo momento, nelle voci di conto economico, individuando, puntualmente, i costi da considerare realmente come cessanti.

Relativamente alla componente privata, una volta stimato il valore della produzione futura sulla base della nuova configurazione di posti letto, si è calcolato il differenziale di costo identificativo del risparmio complessivo derivante dalla riorganizzazione della rete ospedaliera privata regionale.

Si rimanda all'Allegato 3: "Metodologia utilizzata per la valorizzazione dell'impatto economico derivante dalla riorganizzazione ospedaliera pubblica e privata" per il dettaglio sulla metodologia utilizzata.

Tale valorizzazione del risparmio complessivo stimato sia per la componente delle strutture pubbliche sia per quella privata, è stata, poi, prudenzialmente abbattuta del 20%.

L'impatto complessivo della manovra di razionalizzazione dei posti letto ospedalieri nel periodo di vigenza del presente documento è così stimato in 12,9 €/mln.



	Strutture Pubbliche (€ / 000)		Strutture Private (€ / 000)		Variazione Totale (€ / 000)
Strutture pubbliche	-13.062	Abbattimento prudenziale del 20%	-10.449		-10.449
Strutture private	-3.102		-2.482		-2.482
Totale	-16.164		-12.931		-12.931

Figura 16: Risparmi stimati dal riallineamento delle reti assistenziali e impatto complessivo da iscrivere ai CE

A livello di contabilizzazione nei CE programmatici 2015 - 2018 i risparmi attesi sono stati suddivisi nelle diverse annualità come riportato nella Tabella 66.

Impatto della manovra per ciascun anno				
	2015	2016	2017	2018
Strutture pubbliche	0	-1.567	-3.657	-5.225
Strutture private	0	-2.482	0	0
Totale	0	-4.049	-3.657	-5.225

Tabella 66: Distribuzione dei risparmi attesi negli anni

La minor spesa per la componente pubblica è stata suddivisa, in via provvisoria, nell'arco dei 3 anni (dal 2016-2018), ipotizzando una graduale contrazione della stessa a seguito della disattivazione dei posti letto ospedalieri.

140 MOLISE - Aggregato						
	CONTO ECONOMICO	Manovra 2015	Manovra 2016	Manovra 2017	Manovra 2018	Totale
A2	Saldo Mobilità	-	-	-	3.096	- 3.096
A	Totale Ricavi Netti	-	-	-	3.096	- 3.096
B1	Personale	-	29	68	97	- 194
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	-	359	838	1.197	- 2.394
B3.1	Altri Beni Sanitari	-	339	791	1.129	- 2.259
B3.2	Beni Non Sanitari	-	17	40	57	- 113
B3.3	Servizi	-	821	1.916	2.737	- 5.474
B3	Altri Beni e Servizi	-	1.177	2.746	3.923	- 7.847
B6	Variazione Rimanenze	-	2	5	8	- 15
B	Totale Costi Interni	-	1.567	3.657	5.225	- 10.449
C3.1	Prestazioni da Privato - Ospedaliera	-	5.578	-	-	- 5.578
C3.2	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale	-	-	-	-	-
C3.3	Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera	-	-	-	-	-
C3.4	Altre Prestazioni da Privato	-	-	-	-	-
C3	Prestazioni da Privato	-	5.578	-	-	- 5.578
C	Totale Costi Esterni	-	5.578	-	-	- 5.578
D	Totale Costi Operativi (B+C)	-	7.145	3.657	5.225	- 16.027
G	Saldo tra costi e ricavi	-	7.145	3.657	2.129	12.931

Tabella 67: Distribuzione dei risparmi attesi negli anni nei CE Programmatici 2015 - 2018

Per la componente privata, invece, è stato ipotizzato di scontare il completo effetto della manovra nel corso del 2016.

Di seguito un dettaglio delle voci di CE oggetto di riduzione:



Saldo Mobilità:

È stato inserito nel CE Programmatico 2018 l'effetto dei mancati ricavi per mobilità attiva da prestazioni ospedaliere da pubblico e privato relative all'annualità 2016.

Personale:

È stata inserita solo la decurtazione delle "collaborazioni coordinate e continuative" sanitarie e non sanitarie da privato.

Prodotti farmaceutici ed emoderivati:

A seguito della riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera regionale l'impatto della manovra modifica le quantità dei prodotti farmaceutici utilizzati per l'attività ospedaliera. Tale fenomeno impatta sui costi producendo una riduzione degli stessi.

Altri Beni e Servizi:

A seguito della riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera regionale l'impatto della manovra modifica le quantità e le tipologie dei servizi acquistati, impattando maggiormente sul costo dei servizi non sanitari utilizzati per l'attività ospedaliera e producendo una complessiva riduzione dei costi.

Variazione rimanenze:

A seguito della riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera regionale sono state stimate in riduzione le scorte di magazzino.

Prestazioni da privato – ospedaliera:

A stato inserito l'intero importo della manovra relativa all'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera da privato.

11.6.3 Rete territoriale

In merito alla valorizzazione degli impatti attesi dal riordino della rete territoriale regionale si stima una maggiore spesa complessiva pari a 10,9 €/mln, derivanti dall'attivazione di posti letto pubblici e privati territoriali e centri diurni regionali.

Tale valorizzazione è la risultante di costi/ricavi subordinati alla nuova configurazione di offerta territoriale regionale.

Tenuto conto delle condizioni epidemiologiche e socio - economiche di contesto si è prudenzialmente ipotizzato una tasso di occupazione "non totale" delle strutture territoriali.

Di seguito l'impatto economico complessivo:

Comparto Pubblico

Costi:

È stato considerato il costo per PL, suddiviso per tipologia di assistenza e intensità di cura, omnicomprensivo sia dei costi fissi sia di quelli variabili. L'impatto economico è stato, poi, ribaltato nel modello LA 2014 sulla base dell'incidenza dei fattori produttivi e, in un secondo momento, nelle voci dei CE Programmatici.

Ricavi:

Al fine di una corretta imputazione dell'impatto economico derivante dalla riorganizzazione della rete assistenziale territoriale sono stati considerati i ricavi derivanti dalla compartecipazione cittadino/comune



utilizzando le tariffe regionali vigenti. Tali valorizzazioni delle voci di ricavo sono state, poi, ribaltate nelle apposite voci dei CE Programmatici.

Si specifica che la valorizzazione della assistenza territoriale, per la componente pubblica, è stata effettuata per tipologia di assistenza e non per singola struttura. Tuttavia, per le strutture oggetto di riconversione oltre all'impatto economico per tipologia di assistenza sono anche stati computati i costi fissi o comunque non caratteristici della tipologia di assistenza sanitaria erogata. Tale metodologia è stata scelta in considerazione del fatto che la maggior parte delle azioni descritte nel documento hanno un carattere prettamente organizzativo e industriale e non incidono nei volumi di attività. Laddove l'offerta sanitaria è stata oggetto di significative variazioni (esempio area della residenzialità e semi residenzialità) si è proceduto alla valorizzazione della nuova offerta (in termini di numero di prestazioni e costi/ricavi connessi) che ne scaturisce.

Comparto Privato

Sono stati considerati i potenziali costi derivanti dall'acquisto di prestazioni da privato utilizzando le tariffe regionali vigenti. L'impatto economico complessivo è stato, poi, ribaltato nel modello LA 2014 sulla base dell'incidenza dei fattori produttivi e, in un secondo momento, nelle voci dei CE Programmatici.

La valorizzazione della componente pubblica è stata prudenzialmente abbattuta del 25%.

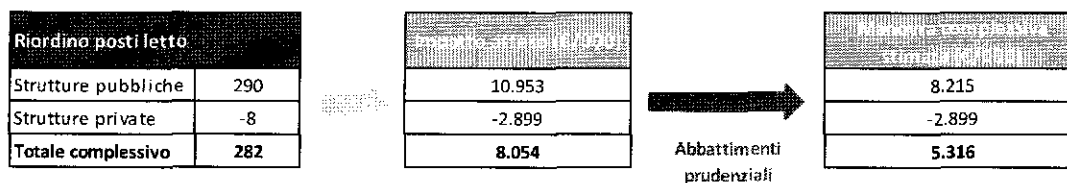


Figura 17- Stime impatto riordino rete territoriale

A livello di contabilizzazione nei CE programmatici 2015-2018 i maggiori costi sono stati suddivisi nelle diverse annualità come riportato nella Tabella 68.

I maggiori costi e ricavi sono stati, in via provvisoria, suddivisi nell'arco dei 3 anni (dal 2016-2018), ipotizzando una graduale attivazione/disattivazione delle strutture territoriali pubbliche e private.

140 MOIUSE Aggregato		Manovra 2015	Manovra 2016	Manovra 2017	Manovra 2018	Totale
CONTO ECONOMICO						
A3	Entrate Proprie	-	171	398	569	1.137
A	Totale Ricavi Netti	-	171	398	569	1.137
B1	Personale	-	18	41	59	118
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	-	288	671	959	1.917
B3.1	Altri Beni Sanitari	-	294	686	979	1.959
B3.2	Beni Non Sanitari	-	74	173	248	495
B3.3	Servizi	-	655	1.527	2.182	4.363
B3	Altri Beni e Servizi	-	1.023	2.386	3.409	6.817
B	Totale Costi Interni	-	1.403	3.273	4.675	9.350
C3.3	Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera	-	689	1.608	2.298	4.595
C3.4	Altre Prestazioni da Privato	-	254	594	848	1.696
C3	Prestazioni da Privato	-	435	1.015	1.449	2.899
C	Totale Costi Esterni	-	435	1.015	1.449	2.899
D	Totale Costi Operativi (B+C)	-	968	2.258	3.226	6.451
G	Saldo tra costi e ricavi	-	797	1.861	2.658	5.316

Tabella 68: Distribuzione dei risparmi attesi negli anni -- CE Programmatici 2015 - 2018

Di seguito un dettaglio delle voci di CE oggetto di variazione:

Entrate proprie:

Sono stati inseriti nei CE Programmatici i ricavi derivanti dalla compartecipazione cittadino/comune sulla base della quota tariffaria regionale vigente;

Personale:

È stato inserito solo un aumento del valore delle "collaborazioni coordinate e continuative" sanitarie e non sanitarie da privato;

Prodotti farmaceutici ed emoderivati:

A seguito della riorganizzazione dell'assistenza territoriale regionale l'impatto della manovra modifica le quantità dei prodotti farmaceutici utilizzati per l'attività territoriale. Tale fenomeno impatta sui costi producendo un aumento degli stessi;

Altri Beni e Servizi:

A seguito della riorganizzazione dell'assistenza territoriale regionale l'impatto della manovra modifica le quantità e le tipologie dei servizi acquistati, incidendo maggiormente sul costo dei servizi non sanitari utilizzati per l'attività territoriale e producendo un complessivo aumento dei costi;

Prestazioni da privato:

A seguito della riorganizzazione dell'assistenza territoriale privata regionale la manovra impatta nei CE programmatici 2016 - 2018 producendo una riduzione dei costi relativi all'acquisto di prestazioni per assistenza riabilitativa (ex art.26) e un contestuale aumento di quelli relativi all'acquisto di prestazioni socio - sanitarie (RSA, Hospice, etc.).



12 Sanità penitenziaria

12.1 Potenziamento Sanità Penitenziaria

Con il DPCM 1 aprile 2008, concernente le modalità e i criteri per il trasferimento al servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria, si è completata una riforma di sistema che aveva avuto inizio con il Decreto Legislativo 230/1999 "Riordino della medicina penitenziaria", con il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni relative ai soli settori della prevenzione e delle tossicodipendenze.

A seguito del trasferimento, le Regioni e le Aziende sanitarie hanno assunto la responsabilità dell'assistenza sanitaria nelle carceri, negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e negli istituti e servizi della Giustizia minorile.

Considerando la complessità della materia, è attivo presso la Conferenza Unificata il Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria, col compito di monitorare l'attuazione del DPCM e di predisporre appositi Accordi a supporto dell'attività di programmazione degli interventi.

Per l'assistenza sanitaria nel suo complesso, il documento programmatico di riferimento è costituito dalle "Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" (Allegato A, parte integrante del DPCM citato).

Nella regione Molise sono presenti tre istituti penitenziari: Campobasso, Larino e Isernia con la situazione di seguito presentata al 31 gennaio 2015.

Situazione al 31.01.2015 degli istituti in Molise			
Istituto	Capienza	Presenti	...di cui stranieri
Campobasso	106	75	8
Larino	118	192	28
Isernia	50	42	0
Totale	274	309	36

Fonte: Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato di supporto dipartimentale - Sezione Statistica.

Tabella 69: Situazione attuale negli istituti attivi in regione Molise

La Regione Molise ha recepito il DPCM 1 aprile 2008 con deliberazione del 23.06.2008 n. 544. Con tale atto è stato istituito l'Osservatorio regionale sulla sanità penitenziaria, quale organo consultivo e di monitoraggio, costituito da rappresentanti della Regione, del Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria per il Molise e l'Abruzzo (PRAP) e del Centro per la Giustizia Minorile per l'Abruzzo, Molise e Marche (CGM).

In data 14 settembre 2009, l'Osservatorio ha elaborato un Protocollo di Intesa finalizzato a definire le forme di collaborazione relative alle funzioni di sicurezza, i principi e i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario, al fine di garantire la tutela della salute e il recupero sociale dei detenuti e degli internati adulti nonché le esigenze di sicurezza all'interno dei tre Istituti di Pena presenti nel territorio regionale: Campobasso, Isernia e Larino.

Il protocollo è stato ratificato dalla Giunta Regionale con DGR del 29 settembre 2009. Sulla base di tale protocollo, sono stati avviati, da parte della Regione e dell'ASReM, gli atti mirati a regolamentare il ruolo del Servizio Sanitario Regionale all'interno degli istituti penitenziari.



Con DCA n. 22 del 31 marzo 2015 sono state approvate dalla struttura commissariale le "Linee guida per l'erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari della regione Molise e recepimento dell'Accordo sul documento Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza negli istituti penitenziari per adulti: implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali".

Con tale provvedimento viene confermata presso il carcere di Isernia l'istituzione di una sezione specializzata riservata a soggetti detenuti che presentano disturbi psichici gravi, con specifico riferimento a quelli di cui agli artt. 111, commi 5 e 7, e 112 del DPR 230/2000.

L'ASReM ha emanato il provvedimento del DG n.360 del 24.06.2015 con il quale è stato approvato lo schema di convenzione per l'utilizzo a titolo gratuito dei locali destinati all'interno delle strutture carcerarie all'attività sanitaria. Le convenzioni sono state regolarmente sottoscritte con i responsabili delle tre case circondariali presenti sul territorio regionale.

Con provvedimento del Direttore Generale per la Salute n. 140/2015 è stato individuato nell'Istituto Penitenziario di Campobasso il luogo dove ospitare i pazienti detenuti sottoposti ad osservazione psichiatrica. Tuttavia, considerato che il dato statistico fornito dal DAP riferito all'ultimo biennio rileva una media di un caso all'anno, si è ritenuto di riservare all'osservazione psichiatrica una sola stanza all'interno del carcere. Allo stato attuale, l'Amministrazione penitenziaria sta provvedendo all'adeguamento strutturale del predetto locale i cui lavori dovrebbero terminare entro la fine dell'anno corrente.



13 Assistenza farmaceutica

13.1 Razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata/territoriale

Le azioni sul versante dell'assistenza farmaceutica convenzionata/territoriale vengono di seguito identificate:

- Monitoraggio dell'attività prescrittiva, attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria, e interventi per obiettivi di appropriatezza clinica. Incentivi per la prescrizione dei farmaci equivalenti;
- Acquisizione diretta dell'ossigeno medicinale. Attività di monitoraggio attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria;
- Attribuzione di un budget annuale ai Medici di medicina generale. Attività di monitoraggio attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria.
- Potenziamento della distribuzione DPC dei farmaci PHT mediante riduzione della percentuale massima di distribuzione sul canale convenzionato degli stessi;

13.1.1 Monitoraggio dell'attività prescrittiva, attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria, e interventi per obiettivi di appropriatezza clinica. Incentivi per la prescrizione dei farmaci equivalenti

Al fine di potenziare gli interventi già posti in essere, l'obiettivo è di implementare le azioni dirette al perseguimento di obiettivi di appropriatezza clinica nonché ad incrementare la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto appartenenti alle classi/categorie terapeutiche ad elevato rischio di inappropriata clinica/alto spendenti, definite da AIFA, anche ai sensi di quanto previsto dall'art. 15, comma 11 bis della legge n. 135/12. Nel dettaglio si prevede:

- Individuazione delle soglie prescrittive per le categorie terapeutiche ad elevato rischio di inappropriata clinica/alto spendenti;
- Definizione specifica di percorsi per categorie di farmaci ad elevato rischio di inappropriata clinica/alto spendenti;

Con decreti commissariali n. 83/2010 e 7/2011 sono stati individuati gli obiettivi di prescrizione nell'ambito delle seguenti categorie terapeutiche caratterizzate da criticità:

- Ace inibitori – sartani – statine;
- Inibitori reuptake serotonina – inibitori pompa protonica – farmaci antibatterici.

La presente azione, pertanto, mira alla razionalizzazione della prescrizione delle categorie terapeutiche (ATC)/farmaci che presentano peculiari criticità e rischi di inappropriata clinica, sulla base degli indicatori di appropriatezza clinica di cui ai Rapporti dell'Osservatorio sull'Uso dei Medicinali in Italia (AIFA) (cfr. Rapporto OsMed 2013).

I livelli di prescrizione dei farmaci oggetto della presente azione saranno oggetto di monitoraggio nell'ambito del processo di *budgeting* e *reporting* dei MMG, di cui all'Azione 13.1.3 "Attribuzione di un budget annuale ai Medici di medicina generale. Attività di monitoraggio attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria".

13.1.2 Acquisizione diretta ossigeno medicinale. Attività di monitoraggio.

La Regione Molise con provvedimento commissariale n. 16 del 30.05.2012 ha previsto l'indizione e l'espletamento della procedura di gara per l'acquisizione diretta dell'ossigeno liquido e il connesso servizio di ossigeno terapia domiciliare a lungo termine (OTD), quali attività gestionali dell'Azienda sanitaria regionale, da concludersi entro l'anno 2012.



Successivamente con Provvedimento del Direttore Generale ASReM n.1277 del 14.11.2013 "Ossigeno-terapia domiciliare" è stata approvata la direttiva circa l'avvio del servizio OTD con decorrenza dal 01.12.2013, recepita e convalidata dal DCA 36/2013 del 28.11.2013 del Commissario Ad Acta.

Pertanto, a partire dal 1° Dicembre del 2013 è entrata in vigore l'erogazione dell'ossigeno medicinale e il connesso servizio OTD in regime di distribuzione diretta. A seguito dell'analisi dei dati si è verificato che il completo passaggio alla distribuzione diretta è già avvenuto a pieno regime nel corso del 2014. Per tale ragione l'azione è da considerarsi completata e non produrrà effetti aggiuntivi nel corso del periodo di operatività del presente POS.

13.1.3 Attribuzione di un budget annuale ai Medici di medicina generale. Attività di monitoraggio attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria

La presente azione è diretta a raggiungere livelli di spesa farmaceutica convenzionata in linea con le regioni d'Italia più virtuose; per il raggiungimento di detto obiettivo è necessario ridurre fenomeni di iperprescrizione e promuovere la razionalizzazione della prescrizione delle categorie terapeutiche (ATC)/farmaci che presentano peculiari criticità e rischi di inappropriata clinica. Tale obiettivo viene collegato al 100% della quota capitaria regionale di cui all'art. 59, lett. b), commi 15, 16 e 17 ACN, che verrà erogata agli stessi MMG in base al livello di raggiungimento dell'obiettivo concordato.

La Regione ha messo in atto un processo di definizione, con la collaborazione dei referenti di ASReM e dei rappresentanti di categoria, di un *budget* economico utilizzando un sistema di indicatori che esclude categorie di farmaci il cui utilizzo è stabilito in maniera prevalente da medici specialisti/medici ospedalieri.

Il sistema di *budget* (rif. DCA n. 31 del 13.07.2012) è efficace nel contrastare una tendenza, per lo più individuale e non collettiva, a non utilizzare i farmaci secondo i principi dell'appropriatezza clinica/basso costo. L'obiettivo complessivo ha riguardato l'allineamento del profilo di spesa pro capite pesata regionale a quello delle regioni più virtuose (panel di riferimento costituito da Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Marche).

Successivamente la Regione, con l'emanazione del DCA 36/2013 del 28.11.2013, ha provveduto ad aggiornare gli obiettivi di riallineamento della spesa netta regionale pro capite nei confronti del Panel di riferimento per il periodo 2013-2016 in base alle evidenze emerse dai dati 2013 (dati AIFA, Settembre 2013). Il DCA 36/2013 presenta un orizzonte di operatività che va dal 2013 al 2016 all'interno del quale è stato stimato un recupero percentuale del differenziale.

La presente azione è volta a rimodulare gli obiettivi di riallineamento (2015 – 2018) della spesa territoriale regionale pro capite (n.d.r. anziché convenzionata) al Panel di regioni di riferimento sulla base dei dati di monitoraggio AIFA completi delle diverse voci di distribuzione (n.d.r. i dati di riferimento utilizzati con la metodologia tuttora in vigore sono di fonte AIFA relativi alla spesa farmaceutica territoriale nel suo insieme).

La presente azione è quindi già attiva in quanto è tuttora vigente il DCA 36/2013.

13.1.4 Potenziamento della distribuzione in DPC dei farmaci del PHT mediante riduzione della percentuale massima di distribuzione sul canale convenzionale degli stessi

Il circuito di distribuzione dei farmaci del prontuario ospedale-territorio (PHT) ha un meccanismo consolidato ed utilizzato in molteplici contesti italiani. Nella Regione Molise il circuito è stato migliorato e rappresenta un obiettivo specifico assegnato al Direttore Generale dell'ASReM.

L'obiettivo consiste nella predisposizione di un tetto massimo del valore dei farmaci del PHT, anche nel caso in cui dovessero passare attraverso il canale convenzionale e nell'aggiornamento delle regole operative per la distribuzione intermedia in merito ai tempi di caricamento dei dati per ricevimento merci e trasferimento e sulle modalità di gestione dei livelli di scorta/riapprovvigionamento.



Con i DCA n. 29/2014, n. 36/2014 e n. 41/2014 è stato prorogato l'Accordo tra Regione e Farmacie per la distribuzione diretta dei farmaci del PHT <<stante la necessità di perfezionare la verifica dell'attuale Servizio di distribuzione per conto del S.S.N. (D.P.C.) dei farmaci del Prontuario Ospedale Territorio (P.H.T.), al fine di addivenire al miglioramento dell'efficienza nonché all'implementazione dello stesso>>.

La Regione, da ultimo, ha provveduto al rinnovo dell'accordo DPC regionale, con DCA n. 15 del 10.03.2015, includendo nuove norme regolamentari per la distribuzione intermedia, fissando deterrenti economici per il mancato rispetto del regolamento sia da parte dei distributori intermedi che da parte delle farmacie e rimodulando gli oneri della distribuzione, a partire dal 1 aprile 2015.

L'economia, su base annua, in termini di oneri per la dispensazione previsti nel nuovo Accordo (€/pezzo al lordo di IVA oneri distribuzione) rispetto alla precedente intesa corrisponde a circa € 0,312 mln; tenuto conto che il nuovo Accordo dispiega i propri effetti relativamente a 9/12 mesi/anno 2015 (da aprile a dicembre 2015) il presumibile risparmio è pari a circa € 0,234 mln.

Inoltre, la Regione ha avviato i monitoraggi al fine di avere evidenza immediata e costante dei risultati ottenuti, nel corso del triennio, in merito all'efficacia delle azioni.

13.2 Razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera

Le azioni sul versante dell'assistenza farmaceutica ospedaliera vengono di seguito identificate:

- Rafforzamento utilizzo farmaci a brevetto scaduto e farmaci biosimilari;
- Revisione periodica del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR) e modifica del processo decisionale/gestionale del PTOR;
- Messa a valore delle prossime scadenze brevettuali di alcune molecole inerenti la spesa farmaceutica ospedaliera.

Si evidenzia che un corretto andamento della spesa farmaceutica ospedaliera possa essere conseguito solo attraverso un monitoraggio assiduo e capillare dell'appropriatezza prescrittiva e dell'aderenza alla terapia, mediante l'utilizzo degli indicatori di Appropriatazza clinica di cui ai Rapporti dell'Osservatorio sull'Uso dei Medicinali in Italia (AIFA).

Pertanto gli strumenti da attivare sono rappresentati da specifici programmi di attività, finalizzati ad un uso appropriato dei farmaci e alla sostenibilità economica del sistema, affidati per il loro sviluppo e la loro realizzazione ad un'azione multidisciplinare, fortemente responsabilizzante gli operatori del sistema, sostenuta dalla rete operativa nonché culturale delle farmacie ospedaliere e delle unità operative di farmaceutica territoriale.

La ASReM, per quanto detto, dovrà costituire appositi Tavoli multidisciplinari con il coinvolgimento dei clinici interessati su programmi mirati ai trattamenti ad alto costo onde procedere a un proficuo confronto sulle scelte possibili, a fronte delle risorse disponibili.

13.2.1 Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale. Rafforzamento utilizzo farmaci biosimilari.

Con DCA n. 81 del 23/11/2010 sono state approvate le "Linee guida per l'uso dei farmaci biosimilari", recanti gli indirizzi operativi regionali.

Al fine di potenziare gli interventi già posti in essere, con l'obiettivo di incrementare la prescrizione dei farmaci biosimilari, garantendo, nel contempo, il corretto utilizzo dei farmaci biotecnologici, la Regione prevede l'attivazione di specifiche attività di monitoraggio, formazione e informazione rivolte al personale medico interessato (es. oncologi, nefrologi).

Tale obiettivo viene stimato nel valore di copertura del trattamento del drug naive con il farmaco biosimilare pari al 90% (il monitoraggio del biosimilare nei drug naive, considerando i biotecnologici più utilizzati, ha rilevato che nell'anno 2014 la copertura è in un range tra il 65 e 85%).

Si prevede, pertanto, l'adozione di ulteriori provvedimenti per il conseguimento degli obiettivi di cui alla presente azione.

13.2.2 Revisione periodica del PTOR e del processo decisionale di aggiornamento

In conformità a quanto disposto dall'art. 10, comma 5, del D.L. 158/2012 (c.d. decreto Balduzzi), con la presente azione la Regione conferma le procedure di aggiornamento periodico, di norma semestrale, del PTOR al fine di razionalizzare l'impiego dei farmaci da parte delle strutture pubbliche, di consolidare prassi assistenziali e di guidare i clinici in percorsi diagnostico-terapeutici specifici.

La Regione, inoltre, ai fini della valutazione dell'impatto economico conseguente alla revisione del PTOR, prevede il monitoraggio dei consumi/spesa ospedaliera mediante la banca dati "Cruscotto NSIS", integrata con il sistema aziendale di rilevazione della movimentazione dei farmaci.

La Regione prevede, infine, la revisione del processo decisionale di aggiornamento del PTOR in modo da renderlo maggiormente allineato alle specificità dei presidi ospedalieri.

Nello specifico, il PTOR costituisce uno strumento vincolante per l'elaborazione del PTO, da parte della/e CTO, nel senso che la ASReM non può includere nel proprio PTO farmaci non preventivamente inseriti nel PTOR. La/e CTO selezioneranno a loro volta, nell'ambito del PTOR, solo i farmaci effettivamente rispondenti alle specifiche necessità terapeutiche del Presidio Ospedaliero di riferimento. Ai sensi della vigente normativa statale, sono immediatamente resi disponibili agli assistiti anche senza il formale inserimento in PTOR, i farmaci che, a giudizio della CTS AIFA, possiedono il requisito della innovatività terapeutica "importante" o "potenziale" di cui all'elenco pubblicato sul sito istituzionale dell'AIFA (DCA Regione Molise n. 2/2011).

I principali compiti della CTR sono i seguenti:

- ▣ Revisione e aggiornamento del PTOR;
- ▣ Valutazione delle richieste per l'inserimento delle richieste di nuovi farmaci nel PTOR;
- ▣ Monitoraggio dell'aderenza del PTO al PTOR, sia nella composizione che nelle limitazioni indicate;
- ▣ Promozione dell'integrazione tra ospedale e territorio per l'impiego dei farmaci per la continuità terapeutica e la razionalizzazione dell'uso delle risorse;
- ▣ Monitoraggio e valutazione delle analisi sotto il profilo clinico, scientifico ed economico su particolari categorie di farmaci, svolte dalla CTO, finalizzate alla migliore selezione a parità di efficacia terapeutica, sicurezza e miglior impatto economico di molecole da inserire nel PTO.

13.2.3 Messa a valore delle prossime scadenze brevettuali di alcune molecole inerenti la spesa farmaceutica ospedaliera

Le scadenze brevettuali sono di norma accompagnate da interessanti opportunità di riduzione dei costi. Tuttavia, soprattutto per classi farmaceutiche "innovative", in occasione della perdita di brevetto si assiste ad una progressiva migrazione (prevalentemente sui nuovi casi) su farmaci *on patent*. Questa migrazione, da valutarsi caso per caso, rischia di essere indiscriminata con il risultato di confinare progressivamente i farmaci *off patent* ad utilizzi sporadici.

A tutto ciò si pone rimedio presidiando adeguatamente il fenomeno sia sotto il profilo del monitoraggio, sia ricorrendo ad *audit* frequenti con le aree cliniche interessate.



Tali azioni perseguono l'obiettivo di difendere i farmaci *off patent* da un prematuro generalizzato abbandono, non sempre accompagnato da effettivi vantaggi sul piano della valutazione costo/efficacia, oltre che sul rischio che nuovi prodotti recano intrinsecamente con sé.

Tra il 2014 e il 2017 si registrano scadenze brevettuali di specialità quali:

- Remicade, (13/08/2014);
- Erbitux, (15/09/2014);
- Enbrel, (02/02/2015);
- Herceptin, (28/08/2015);
- Orencia, (16/06/2017).

Uno studio pubblicato nel 2010 (Jommi C., *Pharmacoeconomics-Italian Research Articles.*), ha ipotizzato per i farmaci biosimilari, pur con differenze tra le varie classi terapeutiche, un tasso di penetrazione medio in Italia del 10% massimo al primo anno di lancio e del 40% al quarto anno dalla scadenza del brevetto, e un differenziale di prezzo compreso tra il 20% e il 40% a seconda della tipologia dei prodotti. In un recente lavoro di analisi di budget impact del biosimilare di infliximab (originator REMICADE, Scadenza CCP: 13/08/2014), ha messo in luce gli apprezzabili risultati positivi che ci si potrebbero attendere in termini di risparmio nella spesa farmaceutica pubblica dall'immissione di infliximab biosimilare sul mercato (Lucioni C, *Global & Regional Health Technology Assessment 2015*).

Si prevede, pertanto, un rafforzamento della messa a valore delle prossime scadenze brevettuali inerenti la spesa farmaceutica ospedaliera.

13.3 Business intelligence e governo dell'appropriatezza clinica nella farmaceutica territoriale e ospedaliera

13.3.1 Monitoraggio e valutazione dei percorsi terapeutici e diagnostici applicati nella pratica clinica mediante lo strumento "business intelligence HEALTH-DB"

Con la presente azione, sul versante dell'assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera, vengono identificati interventi diretti alla definizione specifica di percorsi diagnostico-terapeutici per categorie di farmaci ad elevato rischio di inappropriatezza clinica.

Per tale scopo la Regione Molise ha in corso la procedura di stipula con la Clicon s.r.l. di specifica Convenzione che consenta, attraverso l'analisi farmaco economica e di farmaco utilizzazione, il perseguimento degli obiettivi di appropriatezza prescrittiva e di razionalizzazione/contenimento della spesa farmaceutica, mediante la riqualificazione dei determinanti della spesa stessa, come strumento di allocazione razionale delle risorse sanitarie, sia per il livello di cura ospedaliero che per quello territoriale

L'azione, pertanto si sostanzia nel recepimento degli indicatori di appropriatezza clinica di cui allo strumento di "business intelligence HEALTH-DB" progettato e fornito dalla società Clicon; nello specifico detto strumento consentirà l'attivazione di un sistema di monitoraggio e reporting in grado di descrivere l'appropriatezza dei processi assistenziali erogati e di valutare i percorsi terapeutici e diagnostici applicati nella pratica clinica

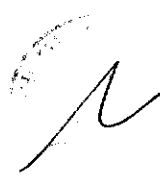
A tal riguardo Regione Molise intende emanare entro Settembre 2016 un DCA recante l'approvazione dello schema di convenzione Clicon – Regione con allegato lo strumento di business intelligence HEALTH-DB" progettato e fornito dalla società Clicon stessa.

Successivamente entro Ottobre 2016 sarà attivato e messo a regime il sistema di monitoraggio e reporting che permetterà, a partire da Gennaio 2017, di avviare le attività di verifica dell'appropriatezza clinica delle prescrizioni farmaceutiche in ambito sia territoriale che ospedaliero. A seguito dello studio delle risultanze emerse la struttura regionale avvierà gli Audit clinici con le aree cliniche interessate e contestualmente sarà stimato un primo impatto derivante dal potenziale allineamento agli indicatori di appropriatezza prescrittiva



individuati. Si rimanda, quindi, ad un apposito DCA, da emanare entro Gennaio 2017, la stima di impatto economico derivante dal nuovo sistema di monitoraggio appena descritto e gli strumenti di governo correlati (come ad esempio obiettivi di budget).

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Adozione degli indicatori di appropriatezza clinica per la farmaceutica ospedaliera e territoriale	
Monitoraggio della spesa farmaceutica e allineamento della stessa a valori benchmark	
Sperimentazione e messa regime di nuovi strumenti di governo della spesa farmaceutica	
Indicatori di risultato	Tempistica
Adozione DCA su approvazione schema di convenzione Regione Molise – Clicon s.r.l.	Settembre 2016
Attivazione e messa a regime del sistema di monitoraggio e reporting	Ottobre 2016
Avvio delle attività di verifica dell'appropriatezza clinica delle prescrizioni farmaceutiche in ambito sia territoriale che ospedaliero	Gennaio 2017
Adozione DCA su attivazione di nuovi strumenti di governo della farmaceutica territoriale e ospedaliera in base agli indicatori di appropriatezza clinica individuati	Gennaio 2017
Responsabile del procedimento attuativo	
Direzione generale per la salute	
Direzione generale ASReM	
Servizio regionale per la farmaceutica	



13.4 Valorizzazione della razionalizzazione dell'assistenza farmaceutica

13.4.1 Azione 13.1.3: Attribuzione di un budget annuale ai Medici di medicina generale. Attività di monitoraggio attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria

Per la valorizzazione di tale azione si è proceduto, sulla base della proiezione annuale della spesa netta per la farmaceutica territoriale, al ricalcolo del valore dello scostamento tra Panel di riferimento e Regione Molise utilizzando la popolazione ponderata relativa all'anno 2012, come riportato nel report AIFA aggiornato a Settembre 2013.

Dall'analisi dei dati AIFA in regione Molise sono stati spesi nel 2014 circa 202 euro pro capite per la farmaceutica territoriale a fronte di una spesa nelle regioni Panel pari a 182 euro. È quindi necessario recuperare nel corso del triennio di vigenza dei presenti programmi circa 20 euro pro-capite.

Sulla scorta della "Proiezione delta" per anno è stata ricalcolata la percentuale di allineamento ai valori di spesa netta pro capite del Panel di riferimento nell'orizzonte temporale 2015 (ultimo semestre) e 2018. In considerazione delle proiezioni degli scostamenti rispetto al Panel di riferimento sono state stabilite le seguenti percentuali di recupero:

- 2015: 10% dello scostamento di Settembre 2013, come da report AIFA agli atti della DG salute;
- 2016: 40% dello scostamento programmato del 2015;
- 2017: 70% dello scostamento programmato nel 2016;
- 2018: 100% dello scostamento programmato del 2017.

L'impatto economico della manovra di recupero del differenziale tra spesa pro capite della farmaceutica territoriale della Regione Molise e quella delle regioni costituenti il Panel è stato stimato sulla base della percentuale di recupero annuale programmata per ogni esercizio. Per i dettagli metodologici si veda il DCA 36/2013. A valle del processo di stima e ricalcolo dei recuperi del Delta di scostamento della spesa farmaceutica territoriale pro capite tra Molise e Panel di riferimento si riportano di seguito i risparmi stimati dall'applicazione della manovra.

Ricalcolo della manovra in base alle proiezioni di spesa							
Molise	Proiezione Molise (€/000)	Proiezione delta	Obiettivo recupero	Recupero delta stimato (€ pro capite)	Stima impatto manovra (€/000)	Proiezione Molise post manovra (€/000)	Delta spesa pro capite stimata
2014	66.204	19,85	0%	0,00	-	66.203,81	19,85
2015	65.807	-180,51	10%	-1,98	-652	65.154,68	17,86
2016	65.412	-179,43	40%	-7,14	-2.347	62.416,87	10,72
2017	65.019	-178,36	70%	-7,50	-2.464	59.578,14	3,22
2018	64.629	-177,29	100%	-3,22	-1.056	58.164,58	0,00
TOTALE				-19,85	-6.519		

Tabella 70: Determinazione del delta di spesa netta da recuperare e determinazione degli impatti economici

Si stima un possibile recupero dello scostamento del delta della spesa per la farmaceutica territoriale pari a 6,5 €/mln al lordo dell'abbattimento prudenziale del 25% del totale utilizzato in sede di valorizzazione della manovra nei CE programmatici. Nella successiva Tabella 71 si riporta il dettaglio degli impatti previsti annualmente ed imputati nel programmatico, nel complesso al 2018 si prevede (con l'abbattimento prudenziale) una riduzione della spesa pari a 4,9 €/mln complessivi.



Valorizzazione manovra su spesa farmaceutica territoriale			
Anno	Valore Manovra	Abbattimento prudenziale	Impatto stimato
2014	0	0	0
2015	-652	163	-489
2016	-2.347	587	-1.760
2017	-2.464	616	-1.848
2018	-1.056	264	-792
TOTALE	6.519	1.630	-4.889

Tabella 71: Risparmi derivanti da recupero scostamento spesa pro capite Molise vs. Paesi regioni

13.4.2 Potenziamento della distribuzione in DPC dei farmaci del PHT mediante riduzione della percentuale massima di distribuzione sul canale convenzionale degli stessi

Per la valorizzazione di tale azioni si è proceduto al calcolo dei farmaci in DPC che nel corso del 2014 sono risultati mancanti all'interno della filiera distributiva DPC e che hanno portato l'assistito a dover ricorrere all'acquisto del farmaco nel canale distributivo convenzionale. Oltre a questo si è soprattutto valorizzato il già citato rinnovo dell'accordo DPC regionale (DCA n. 15 del 10.03.2015) che includendo nuove norme regolamentari per la distribuzione intermedia ha fissato deterrenti economici per il mancato rispetto del regolamento sia da parte dei distributori intermedi che da parte delle farmacie e rimodulando gli oneri della distribuzione.

L'economia, su base annua, in termini di oneri per la dispensazione previsti nel nuovo Accordo (€/pezzo al lordo di IVA oneri distribuzione) rispetto alla precedente intesa corrisponde a circa 0,3 €/mln; tenuto conto che il nuovo Accordo dispiega i propri effetti relativamente a 9/12 mesi nell'anno 2015 (da aprile a dicembre 2015) il presumibile risparmio da imputare al 2015 è pari a 0,23 €/mln mentre per il 2016 (3/12 di anno) è stimabile a 0,07 €/mln.

Potenziamento della distribuzione in DPC dei farmaci del PHT				
Valori in €/mln				
	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
Stima impatto	-234	78		
Abbattimento prudenziale 25%				
Valorizzazione	-176	-59	0	0
Totale manovra		-234		

Tabella 72: Stima annuale dell'impatto del potenziamento della distribuzione in DPC dei farmaci del PHT

Anche in questo caso si è proceduto prima dell'imputazione della manovra nei CE programmatici ad abbattere prudenzialmente l'impatto stimato del 25%.

13.4.3 Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale. Rafforzamento utilizzo farmaci biosimilari.

Relativamente all'incremento dell'utilizzo di farmaci biosimilari per i cicli terapeutici di nuova attivazione (drug naive) la Regione Molise intende aumentare l'attuale livello di sostituzione dei farmaci (compresa tra una forbice tra il 65% e l'85%) ad un livello del 90%.

Sulla scorta di quanto esposto e dell'obiettivo prefissato di raggiungere il 90% di erogazione di biosimilari per i drug naive si è stimato un risparmio complessivo pari a 0,9 €/mln diviso per le diverse annualità. Per mantenere un approccio prudenziale, tuttavia, si è proceduto ad un abbattimento prudenziale del 25% prima della

valorizzazione della manovra nei CE Programmatici. Si ipotizza, quindi, una riduzione della spesa sostenuta per l'acquisto di farmaci ospedalieri pari a 0,7 €/mln.

Stima impatto annuale manovra sui biosimilari			
<i>Valori in €/mln</i>			
Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
-226	-231	-235	-240
Abbattimento prudenziale 25%			
-170	-173	-176	-180
Totale manovra			-699

Tabella 73: Stima annuale dell'impatto del rafforzamento utilizzo farmaci biosimilari

13.4.4 Messa a valore delle prossime scadenze brevettuali di alcune molecole inerenti la spesa farmaceutica ospedaliera

Per la valorizzazione di questa azione si sono utilizzati i dati di consumo dei farmaci che saranno oggetto di scadenza brevettuale nel anno 2014. Ipotizzando che il consumo dei farmaci resti uguale nell'arco temporale considerato (ipotesi prudenziale) si è stimata una riduzione del prezzo di acquisto pari al 30% (anche in questo caso si è deciso di mantenere un approccio prudenziale in quanto è ipotizzabile una riduzione del prezzo di acquisto maggiore).

Stima impatto da scadenza brevettuale farmaci			
Specialità farmaceutica	Fatturato 2014	Scadenza brevetto	Stima impatto
ORENCIA*125MG/ML SC 4SIR.AGO	150.612	16/06/2017	-45.060
ORENCIA*250MG IV 3FL+3SIR	191.975	16/06/2017	-57.435
HERCEPTIN*IV 1 FL 150 MG	900.137	28/08/2015	-270.041
ERBITUX 5MG/ML 1 FLAC. 20 ML	310.614	15/09/2015	-93.184
ENBREL*10MG/ML 4FL+4AD+8TAM	1.248	02/02/2015	-373
ENBREL MYCLIC 50MG 4PEN +8TAMP	623.570	02/02/2015	-186.558
ENBREL*25MG 4SIR 0,5ML+8TAMP	87.429	02/02/2015	-26.157
ENBREL*50MG 4SIR 1ML+8TAMP	953.251	02/02/2015	-285.192
REMICADE*IV 1 FL 100 MG	200.736	01/01/2015	-36.957
Totale	3.419.570		-1.000.957

Tabella 74: Impatto stimato rispetto all'attuale spesa

Si è successivamente proceduto al calcolo della nuova spesa stimata in base alla scadenza temporale dei brevetti nell'arco temporale di operatività del presente Programma. Ai fini della valorizzazione nel CE Programmatico si è prudenzialmente abbattuta la precedente stima di risparmio pari a 1 €/mln del 25%.

Valorizzazione dell'impatto economico					
Specialità farmaceutica	2015	2016	2017	2018	Totale
ORENCIA*125MG/ML SC 4SIR.AGO	-	-	- 18.383	- 15.412	- 33.795
ORENCIA*250MG IV 3FL+3SIR	-	-	- 23.431	- 19.645	- 43.076
HERCEPTIN*IV 1 FL 150 MG	- 69.360	- 133.171	-	-	- 202.531
ERBITUX 5MG/ML 1 FLAC. 20 ML	- 20.488	- 49.400	-	-	- 69.888
ENBREL*10MG/ML 4FL+4AD+8TAM	- 255	- 25	-	-	- 280
ENBREL MYCLIC 50MG 4PEN +8TAMP	- 127.618	- 12.301	-	-	- 139.919
ENBREL*25MG 4SIR 0,5ML+8TAMP	- 17.893	- 1.725	-	-	- 19.618
ENBREL*50MG 4SIR 1ML+8TAMP	- 195.090	- 18.804	-	-	- 213.894
REMICADE*IV 1 FL 100 MG	- 27.718	-	-	-	- 27.718
Totale	- 458.422	- 215.425	- 41.814	- 35.056	- 750.718

Tabella 75: Stima annuale dell'impatto della messa a valore delle prossime scadenze brevettuali

La valorizzazione complessiva inserita nel CE Programmatici è pari a 0,75 €/mln.



14 Sicurezza e rischio clinico

14.1 Azioni di governo clinico e riduzione del rischio clinico

La Regione Molise ha configurato la gestione del rischio clinico come processo sistematico che coinvolge le strutture ed i professionisti del SSR quali attori istituzionali, con lo scopo di dare concretezza all'impegno delle istituzioni sanitarie in tema di qualità delle prestazioni e sicurezza delle cure.

Con la DR n.° 98 del 12 Giugno 2015 è stato istituito il "Comitato Tecnico di coordinamento Regionale Rischio Clinico", quale strumento propulsore di una serie di azioni progettuali per la realizzazione di un sistema di gestione del rischio clinico all'interno del SSR, allo scopo di garantire il miglioramento complessivo del grado di sicurezza del paziente nelle strutture sanitarie regionali.

14.1.1 Piano regionale di Risk Management

Nel corso del primo periodo di attività (2015/2018) il Programma regionale per la gestione del rischio clinico intende perseguire e realizzare prioritariamente le seguenti attività:

- Consolidare la funzione di governo clinico e le relazioni con le strutture sanitarie e con la rete dei responsabili per le attività di ricerca e sviluppo, informazione, formazione e promozione della cultura della sicurezza;
- Progettare un sistema regionale di gestione del rischio e coordinare i sistemi di gestione aziendale rischio clinico, secondo un modello a rete con messa a punto dei relativi strumenti operativi ed omogenee linee di indirizzo;
- Implementare a livello regionale il Sistema Informativo di Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) per la segnalazione degli eventi sentinella e per la gestione dei sinistri, con relativa trasmissione al Ministero dei flussi informativi ed elaborazione di report annuali;
- Realizzare il coordinamento tra le Commissioni di valutazione dei sinistri e referenti della gestione dei sinistri (valutazione e risarcimento) e dei rischi, al fine di rendere omogenea l'attività degli osservatori medico legali, sia nelle attività di gestione del contenzioso sia per finalità di prevenzione dei conflitti;
- Monitorare lo stato d'implementazione delle raccomandazioni del Ministero della Salute e dell'OMS per la sicurezza dei pazienti attraverso una verifica annuale della loro effettiva diffusione all'interno delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali sia pubbliche che private;
- promuovere, dopo opportuna fase formativa, la mappatura del livello di rischio clinico nelle strutture del SSR regionale molisano, al fine di ottimizzare l'analisi delle aree di rischio a più alto impatto e di adottare le conseguenti azioni di miglioramento a livello regionale, anche sulla base del Know-how e dell'esperienza maturata nell'ambito del Progetto Regionale "Sviluppo e sperimentazione di un modello sistemico di gestione del rischio" promosso dalla Regione Molise in collaborazione con AGENAS e Federsanità ANCI;
- Valutare l'impatto dei cambiamenti nel profilo di rischio delle strutture sanitarie, attraverso il monitoraggio delle azioni e analisi costante dei risultati raggiunti, in termini di costi umani, economici e professionali. Si prevede l'elaborazione di specifica reportistica periodica.

Il set di indicatori del rischio clinico e sicurezza del paziente che la Regione Molise intende utilizzare sono i seguenti:

- Indice di richieste di risarcimento;
 - Eventi in strutture ospedaliere;
 - Eventi in strutture territoriali;
 - Capacità di gestione del risarcimento;
- Sviluppo del sistema di *incident reporting*;
 - Indice di diffusione degli Audit;



- ... Indice di diffusione delle rassegne di mortalità e morbilità;
- Sepsis post – operatoria per chirurgia d'elezione;
- Mortalità intra ospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità;
- Embolia polmonare o trombosi venosa post chirurgica;
- Livello di diffusione delle buone pratiche;
- Capacità di controllo delle cadute dei pazienti.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Rivisitazione e adozione del Piano regionale sul <i>Risk Management</i> a seguito della riorganizzazione della rete ospedaliera	
Produzione di un report periodico sul monitoraggio del <i>Risk Management</i>	
Indicatori di risultato	Tempistica
Produzione del Piano di <i>Risk Management</i>	Ottobre 2016
Produzione del Piano relativo alle procedure di <i>incident reporting</i>	Ottobre 2016
Mappatura delle fonti informative finalizzata alla predisposizione di un set di indicatori per il monitoraggio del rischio clinico	Ottobre 2016
Mappatura del rischio clinico all'interno delle strutture del Servizio Sanitario Regionale	Entro Marzo 2017
Produzioni di un set di indicatori per la valutazione della performance relativa al rischio clinico	Entro Marzo 2017
Produzione del report periodico di monitoraggio del <i>Risk Management</i>	Da Aprile 2017
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	

14.1.2 Formazione aziendale per la sicurezza dei pazienti

Nel corso del primo periodo di attività (2015/2018) il Programma regionale per la formazione aziendale per la sicurezza dei pazienti ha come obiettivo quello di realizzare prioritariamente le seguenti attività:

- Promuovere la formazione degli operatori sanitari sulla gestione del rischio e la sicurezza dei pazienti attraverso l'elaborazione ed attuazione di a) un piano di formazione regionale triennale (2015-2018) destinato a tutti gli operatori sanitari; b) un programma formativo specifico per i Referenti della rete aziendale di gestione del rischio;
- Implementare le buone pratiche per la sicurezza dei pazienti, partendo dalle raccomandazioni del Ministero della Salute e dell'OMS attraverso un percorso formativo-operativo articolato.

INDICATORI	
Risultati programmatici	
Produzione ed adozione del Piano regionale della Formazione sul rischio clinico	
Formazione periodica sul rischio clinico rivolta sia agli operatori sanitari sia agli operatori/referenti del <i>Risk Management</i>	
Indicatori di risultato	Tempistica
Produzione e adozione del Piano di formazione di <i>Risk Management</i>	Agosto 2016
Attivazione dei corsi sul rischio clinico per gli operatori/referenti	Entro Ottobre 2016
Attivazione dei corsi sul rischio clinico per gli operatori sanitari	Entro Marzo 2017
Valutazione dell'impatto formativo all'interno delle strutture del SSR	Da Aprile 2017
Responsabile del procedimento attuativo	



INDICATORI
Risultati programmatici
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute
DG ASReM
Dirigente del Servizio Organizzazione e Politiche delle Risorse Umane dell'ASReM



15 Rapporto con le Università

15.1 Rideterminazione dei rapporti con le Università

15.1.1 Ricognizione e revisione della regolamentazione dei rapporti con le università

I rapporti tra Regione e Università degli Studi del Molise saranno regolati entro Gennaio 2017 dall'approvazione del POS da un Protocollo di Intesa che, pur richiamando integralmente il contenuto del D.lgs. n.517/99, tenga conto della specificità della Regione Molise.

In particolare, il Protocollo di Intesa, pur considerando che in via ordinaria la collaborazione tra il Servizio Sanitario Regionale e le Università si realizza principalmente attraverso le Aziende Ospedaliere Universitarie, dovrà prendere atto del fatto che, nelle condizioni attuali determinatesi dalla sussistenza di un Piano di Rientro che richiede necessariamente l'adozione di soluzioni atte a contenere i costi, debba ritenersi, nelle more che si verifichino le condizioni adeguate, soprassedere transitoriamente alla costituzione di una Azienda Ospedaliera Universitaria, attivando un assetto funzionale equiparabile, ai fini didattici, a quello di un'Azienda Ospedaliera Universitaria, utilizzando, per quanto compatibili, le norme di cui al richiamato D.lgs. n.517/99. A tal fine viene individuato l'Ospedale Cardarelli di Campobasso come Presidio Ospedaliero di riferimento ai fini dell'integrazione assistenziale/didattica/scientifica.

Quanto sopra sia in quanto il Presidio di Campobasso, come Hub regionale, presenti le caratteristiche multidisciplinari indispensabili per l'approccio didattico e di ricerca della moderna medicina, sia perché, in particolare per quanto concerne le lauree delle professioni sanitarie, risulta necessaria l'individuazione di una struttura in cui siano presenti tutte le specialità di ambito medico e chirurgico necessarie ai tirocini di legge. Per specifiche discipline potrà comunque prevedersi la possibilità di utilizzo di unità operative presenti presso i due presidi ospedalieri previsti dalla programmazione sanitaria regionale come spoke della rete ospedaliera.

Il Protocollo di Intesa dovrà inoltre specificare il numero complessivo di posti letto resi disponibili per l'integrazione tra attività didattica ed assistenziale. A tale scopo dovrà tenersi conto del fatto che rispetto alla dotazione di posti letto previsti dalla legge alla data della stipula del Protocollo di Intesa 2006 la legislazione sanitaria ha visto una continua evoluzione che, nel trasferire progressivamente l'approccio a molti interventi terapeutici da un determinato regime assistenziale ad un setting assistenziale di diverso ed inferiore livello di intensità di cura, ha determinato le condizioni per una progressiva riduzione della percentuale di posti letto programmati necessari rispetto al parametro standard dei 1000 abitanti.

Il Protocollo di Intesa dovrà altresì specificare quali unità operative ospedaliere dovranno essere a direzione universitaria e quale personale medico e sanitario non medico l'Università metterà a disposizione di ASReM. Il costo del personale universitario, secondo la graduazione degli incarichi conferiti ai docenti e ricercatori, non dovrà risultare aggiuntivo ma, al contrario, per la parziale remunerazione prevista dal D.lgs. n.517/99, consentire un vantaggio per l'equilibrio economico della gestione.

Nel Protocollo di Intesa dovrà trovare disciplina l'organizzazione dei Dipartimenti per l'esercizio integrato delle attività assistenziali didattiche e di ricerca, stabilendo le quote di finanziamento delle attività di didattica e di ricerca che l'Università riconosce all'ASReM per i costi indotti non di stretta pertinenza delle attività assistenziali finanziate con il fondo sanitario regionale. Ai fini della continua verifica della coerenza dello sviluppo delle attività assistenziali e di quelle didattiche e di ricerca e tenuto conto della scelta di non istituire more tempore l'Azienda Ospedaliera Universitaria, sarà opportuno prevedere un organismo paritetico alternativo all'organo di indirizzo previsto dal D.lgs. n.517/99 specificatamente per la Aziende Ospedaliere Universitarie.

Per quanto attiene l'attribuzione degli incarichi assistenziali al personale universitario, la remunerazione del personale docente impegnato in attività assistenziali e nel suo complesso la materia riguardante i rapporti fra l'Azienda Universitaria e il personale universitario che svolge attività assistenziale, dovrà trovare integrale applicazione quanto previsto allo scopo dal D.lgs. n.517/99. Il Protocollo dovrà altresì prevedere e disciplinare le modalità di attribuzione ed espletamento di incarichi didattici attribuiti a personale dipendente dell'ASReM,



purché non comporti maggiori oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale. Analogamente, senza maggiori oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale, sarà disciplinata la possibilità per l'Università di accedere ad ulteriori convenzioni con altre strutture private accreditate della Regione, senza che ciò comporti incremento dei posti letto riconosciuti dal Protocollo di Intesa come funzionali allo sviluppo delle attività di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia e comunque subordinatamente ad autorizzazione regionale.

INDICATORI	
Risultati programmatici	
Ricognizione e revisione della regolamentazione dei rapporti con le università	
Indicatori di risultato	Tempistica
Stipula accordi tra Regione e Università degli Studi del Molise	Gennaio 2017
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	





Regione Molise

Programma Operativo Straordinario 2015 – 2018

ALLEGATO 1

*Dettaglio per struttura della dotazione futura di posti letto
Dettaglio per presidio ospedaliero ASReM delle Unità Operative*



Riepilogo complessivo SSR

Posti letto SSR Molise - dotazione attuale			
	RO	DH	
Acuzie	890	146	
PL per 1.000 ab.	3,29		
Strutture pubbliche	609	114	
Strutture private	281	32	
Post Acuzie	220	13	
PL per 1.000 ab.	0,74		
Strutture pubbliche	101	13	
Strutture private	119	0	
Totale complessivo	1.110	159	
Totale SSR	1.269		
PL per 1.000 ab.	4,03		

Posti letto SSR Molise - Dotazione futura			
	RO	DH	
Acuzie	712	83	
PL per 1.000 ab.	2,53		
Strutture pubbliche	440	60	
Strutture private	272	23	
Post Acuzie	183	2	
PL per 1.000 ab.	0,59		
Strutture pubbliche	98	2	
Strutture private	85	0	
Totale complessivo	895	85	
Totale SSR	980		
PL per 1.000 ab.	3,11		

DELTA			
	RO	DH	
Acuzie	-178	-63	
PL per 1.000 ab.	-0,77		
Strutture pubbliche	-169	-54	
Strutture private	-9	-9	
Post Acuzie	-37	-11	
PL per 1.000 ab.	-0,15		
Strutture pubbliche	-3	-11	
Strutture private	-34	0	
Totale complessivo	-215	-74	
Totale SSR	-289		
PL per 1.000 ab.	-0,92		



Rep.	Dotazione attuale		Dotazione futura		DELTA vs. AS IS
	TOT		TOT		
07 Cardchir.	20		20		0
08 Card.	56		48		-8
09 Chir.	181		126		-55
14 Chir. Vasc.	14		12		-2
19 Endoc.	6		0		-6
21 Geriatria	18		20		2
24 M. Infett.	17		2		-15
26 Medici.	177		150		-27
29 Nefrol.	10		10		0
30 Neurochir.	47		35		-12
32 Neur.	53		58		5
34 Ocul.	14		0		-14
35 Odont.	0		0		0
36 Ortopedia	77		67		-10
37 Ost.	69		55		-14
38 ORL	24		4		-20
39 Ped.	21		17		-4
40 Psic.	27		18		-9
43 Urologia	31		21		-10
49 T.I.*	33		28		-5
50 UTIC	14		16		2
51 Astant.	19		20		1
62 Neon.	8		8		0
64 Oncol.	51		30		-21
66 Oncologia	23		10		-13
70 Radioter.	3		3		0
73 TIN	5		5		0
75 Riab.	45		45		0
56 Riab.	144		100		-44
60 Lung.	44		40		-4
02 D.H.	10		9		-1
98 D.S.	8		3		-5
Totale	1.269		980		-289

* Nel calcolo non sono stati considerati i Pt tecnici



Discipline	Dotazione attuale			Dotazione futura			Delta		
	R.O.	D.H.	UOC	R.O.	D.H.	Centro HUB/spoke	R.O.	D.H.	D.H.
08 Card.	8	2	1	-	-	-	-	8	2
09 Chir.	37	3	1	18	12	-	-	19	9
14 Chir. Vasc.	6	2	1	6	-	Hub regionale	-	-	2
15 Endoc.	-	2	1	-	-	-	-	-	2
21 Genitina	16	2	1	-	-	Centro regionale	-	16	2
24 M. Infett.	16	1	1	2	-	Centro regionale	-	14	1
26 Medic.	40	5	1	40	2	-	-	-	3
29 Neofol.	8	2	1	8	2	-	-	-	-
30 Neurochir.	10	2	1	-	-	-	-	10	2
32 Neur.	-	-	1	10	2	Hub regionale	-	10	2
34 Ocul.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
36 Ortopedia	30	3	1	15	-	Centro regionale	-	15	3
37 Ost.	25	3	1	22	2	Centro regionale	-	3	1
38 ORL	4	4	1	4	-	-	-	-	4
39 Ped.	5	2	1	7	-	-	-	2	2
40 Psic.	8	1	1	6	-	-	-	2	1
43 URO	16	3	1	11	-	Centro regionale	-	5	3
49 T.I.*	6	-	1	8	-	Hub regionale	-	2	-
50 UTIC	3	-	-	-	-	Hub regionale	-	3	-
51 Astant.	4	1	1	10	-	Hub regionale	-	6	1
62 Neon.	7	1	1	8	-	Hub regionale	-	1	1
64 Oncol.	14	4	1	-	-	Centro regionale	-	14	4
73 TIN	5	-	5	-	-	Hub regionale	-	-	-
56 Ricb.	7	2	1	18	2	-	-	11	-
TOTALE	275	45	19	198	22	-	-	77	23
		320			220				100
31 Nido (PLT)	8	-	-	8	-	-	-	-	-
35 Odont.	4	4	-	-	-	-	-	-	4
97 Det.	4	-	-	4	-	-	-	-	-
TOTALE	287	49	-	12	-	-	-	275	49
		336			232				104

Riepilogo - CARDARELLI

Discipline complessive PI	Dotazione complessiva PI	
	RO	DH
Totale	180	20
Acuzie	18	2

Inquadramento nelle reti di emergenza

- DEA di I livello
- Ruolo di riferimento per competenze non disponibili nelle 24 h nei centri spoke quali: endoscopia digestiva e radiologia interventistica
- Incaricamento nelle reti tempo dipendenti
- RETE TRAUMI - HUB come Centro Trauma di Zona (CTZ)
- RETE ICTUS - HUB a rete attivata ma al momento Spoke per patologie ischemiche fino al trasferimento della UTN da Isernia
- RETE ICTUS - HUB per patologie emorragiche
- RETE CARDIOLOGICA - HUB per competenza di chirurgia vascolare
- Incaricamento nelle reti specializzate
- PERCORSO NASCITE - HUB Regionale

Altre UOC della struttura

Macrostruttura	Descrizione U.O.C.	U.O.C.
Dipartimento Medicina Diagnostica e dei Servizi	U.O.C. Laboratorio Analisi	1
	U.O.C. Anatomia Patologica	1
	U.O.C. Farmacia Ospedaliera	1
	U.O.C. Medicina Nucleare	1
	U.O.C. Radiodiagnostica	1
DEA	U.O.C. Centrale Operativa 118 (Regionale)	1
	U.O.C. Direzione Sanitaria Ospedaliera	1
TOTALE UOC Cardarelli		26

Discipline	REGIONE MOIUSE - Servizio Epidemiologico e dei Controlli SDO - D.R.G. 2014 - 140/002/01 OSP. SAN TIMOTEO Termoli											
	Dotazione attuale					Dotazione futura					Delta	
	R.O.	D.H.	UOC	R.O.	D.H.	Centro HUB/Spoke	R.O.	D.H.	R.O.	D.H.		
08 Card.	14	2	1	14	2							
09 Chir.	24	3	1	16	5			8				
19 End.	-	4	-	-	-			-	-	4		
26 Med.	27	3	1	25	2			2		1		
36 Ort.	22	2	1	19	2			3				
37 Ost.	18	2	1	18	2			-				
38 O.R.L.	6	2	1	-	-			6		2		
39 Ped.	6	1	1	5	-			1		1		
40 Psic.	8	1	1	6	-			2		1		
43 Uro	10	2	1	9	1			1		1		
49 T.I.	6	-	1	5	-	Spoke regionale		-		1		
50 UTIC	6	-	-	6	-	Spoke regionale		-		-		
51 Ast.	7	1	1	5	-	Spoke regionale		2		1		
64 Oncol.	-	2	-	4	6			4		4		
66 Oncoema.	-	3	-	-	-			-		3		
56 Riab.	-	-	-	20	-			20		-		
60 Lung.	-	-	-	20	-	Centro regionale		20		-		
TOTALE	154	28	9	172	20			18		8		
				182	192					10		
31 Nido (P.L.T)	8	-	-	6	-			2		-		
TOTALE	162	28		178	20			16		8		
				190	198					8		

Riepilogo

Dotazione complessiva PL	
RO	DH
Totale	192
Acuzie	132
Post acuzie	40

Inquadramento nella rete di emergenza

• Sede di Pronto Soccorso

Inquadramento nelle reti tempo dipendenti

• RETE TRAUMI - Pronto Soccorso per Traumi (PST)

• RETE ICTUS - Spoke per patologie emorragiche e ischemiche

• RETE CARDIOLOGICA - Spoke con funzioni h24/365 per manovra salvavita di riperfusione coronarica

Inquadramento nelle reti specializzate

• PERCORSO NASCITE - Spoke Regionale

• RETE LABORATORI - Spoke Regionale

Note

Posti letto di Lungodegenza (codice 60) ubicati per motivi organizzativi e della struttura nello stabilimento di Larino

Macrostruttura	Descrizione U.O.C.	U.O.C.
Dipartimento Ospedaliero	U.O.C. Anatomia e Istologia Patologica	1
	U.O.C. Centro Radiodiagnostica	1
	U.O.C. Centro Trasfunzionale	1
	U.O.C. Farmacia Ospedaliera	1
U.O.C. Direzione Sanitaria Ospedaliera (*)		1
TOTALE UOC Venetiane		14



REGIONE MOLISE - Servizio Epidemiologico e dei Controlli									
SDO - D.R.G. 2014 - 140/003/02 OSP. CARACCILO Agnone									
Discipline	Dotazione attuale			Dotazione futura			Delta		
	R.O.	D.H.	UOC	R.O.	D.H.	R.O.	D.H.	R.O.	D.H.
02 D.H.	-	4	-	-	3	-	-	-	1
98 D.S.	-	8	-	-	3	-	-	-	5
09 Chir.	8	-	1	-	-	-	-	8	-
26 Med.	12	-	1	14	-	-	2	-	-
37 Gin.	4	-	-	-	-	-	4	-	-
51 Ast.	4	-	-	-	-	-	4	-	-
60 Lung.	14	-	-	-	-	-	14	-	-
TOTALE	42	12	2	14	6	6	28	6	34

Riepilogo

Dotazione complessiva PL	
RO	DH
Totale	20
Acuzie	14
Post acuzie	6

Inquadramento nella rete di emergenza

- Sede di pronto soccorso nell'ambito della struttura di zona disagiata
- Inquadramento nelle reti tempo dipendenti
- Funzionalmente collegata con lo Spoke di Isernia e l'HUB di Campobasso

Inquadramento nelle reti specializzate

- RETE LABORATORI - Laboratorio di base funzionalmente collegato allo Spoke di Isernia



Discipline	Dotazione attuale				Dotazione futura				Delle				
	R.O.	D.H.	UDC	R.O.	D.H.	R.O.	D.H.	R.O.	D.H.	R.O.	D.H.	R.O.	D.H.
09 Chir.	5	1	1	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-
14 Oncol.	7	5	1	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-
21 Anest.	1	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
56 Rab.	30	9	1	-	-	-	-	30	-	-	-	-	-
60 Lung.	20	-	1	-	-	-	-	20	-	-	-	-	-
64 Oncol.	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
43 T.A.	64	16	4	-	-	-	-	64	-	-	-	-	-
TOTALE		81						81					

Riepilogo

Contributi complessivi PI	
RO	DH
Totale	0
Azzurri	-
Posti acuti	-

aggiornamento nella rete di emergenza
 • Sede di punto di primo intervento
 Popolazione: 224k nel tempo disponibili
 • No
 • RETE LABORATORI - Punto prelievi

Caratterizzazione del 9. Valig di Larino		Piani letto	Note
Tipologia assistenza			
Casa della Salute			
Punto Primo Intervento (PI)		40	Temporaneo, destinato per la soluzione LLB medicalizzati
ASA			Di cui 20 giornali
Realtà Unipos ospedaliera		40	Di cui 10 per raddoppiare intensivi, 15 per raddoppiare estensivi e 15 per raddoppiare di riabilitazione
PCP - Obiettivi		10	
Posti letto a Bassa intensità assistenziale		115 - 20	Quanto del personale infermieristico, MMG e PLS
Azienda ambulatoriale (anche chirurgica)			
Reggio		16	Forma sulla prova epidemiologica della popolazione



REGIONE MOLISE - Servizio Epidemiologico dei Conzatti									
SVO - D.R.G. 2014 - 14/03/02 OSP SS ROSARIO Verafro									
Discipline	Dotazione attuale			Dotazione futura			Delta		
	R.O.	D.H.	UOC	R.O.	D.H.	R.D.	R.O.	D.H.	D.H.
26 Med.	8	2	1	-	-	-	-	-	8
36 O.L.	18	2	1	-	-	-	-	-	18
36 Rib.	20	2	1	-	-	-	-	-	20
60 Lung.	10	-	-	-	-	-	-	-	10
TOTALE	56	6	3						56
									62

Riepilogo

Dotazione complessiva di	
RO	DH
0	0
-	-
-	-
Post acute	-

Impostamento nella rete di emergenza

- Sede di primo intervento
- Impedimento nelle sedi disaccoppiate
- No
- Impedimento nelle sedi specializzate
- RETE LABORATORI - Punto prelievi

Caratteristiche del SS: Risorse di Verafro	
Indirizzo struttura	Posti letto
Casa della Salute	
Punto Primo Intervento (PPI)	
OSA	40
OSP - Abbinato	20
Posti letto a base intermedia esistente	11
Attività ambulatoriale (moduli chirurgici)	13
	20

Di cui 20 mobilitazione estensiva e 11 mobilitazione di medio termine
Centro del personale infermieristico, ANMG e TUS
Foglio stile esigenze epidemiologiche della popolazione



Quadro generale UOS ospedaliere

OSPEDALE	UB / DIPARTIM APPARTENENZA	U.O.S. - Tipo Incarico	P.O. Caradarelli (Campobasso)	P.O. S. Tomateo (Termoli)	P.O. Venezia (Isernia)	S.O. Vietri Larino	S.O. S. F. Caracciolo Agnone	S.O. Ss. Rosario Venafra	Totale complessivo	
OSPEDALE	Anatomia E Istologia Patologica	UOS Citodiagnostica	1						1	
	Anestesia E Rianimazione	UOS Blocco Operatorio	1						1	
		UOS Rianimazione		1					1	
		UOS Rianimazione Neurologica			1				1	
		UOS Terapia Sub-Intensiva				1			1	
	Cardiologia - Utc	UOS Diagnostica Incurta Per Immagini, Ecocardiografia								1
		UOS Aritmie e Cardiosinmolazione								1
		UOS Emodinamica								1
		UOS Osservazione, Studio E Ricerca Del Dolore Toracico								1
	Centro Traustoracale	UOS Centro Traustoracale				1				1
		UOS Tipizzazione Tissutale								2
		UOS Chirurgia Dell'Obesita'								1
	Chirurgia Generale	UOS Chirurgia Vascolare								1
		UOS Coloproctologia								1
		UOS Endoscopia								1
		UOS Endoscopia Digest. E Chir. Endoscopica				1				1
		UOS Pleuro Ricostruttiva								1
		UOS Chirurgia Pediatrica								1
	Diabetologia E Malattie Endocrine	UOS Endocrinologia								1
		UOS Prelievo Organi								1
		UOS Scto E Drg								1
		UOS Ipertensione Arteriosa								1
	Direzione Sanitaria Assem	UOS Biologia Molecolare								1
		UOS Atts Epidemiologia, Prevenzione E Terapia								1
		UOS Controllo Infezioni Nosocomiali								1
		UOS Ecograf. Diagnostica Ter.								1
	Malattie Infettive	UOS Epitologia Infettivologica								1
		UOS Astenia								1
		UOS Pronto Soccorso								1
	Medicina Fisica E Riabilitazione	UOS Pronto Soccorso								1
		UOS Riabilitazione Cardiologica								1
		UOS Cardiologia Agnone								1
	Medicina Generale	UOS Diabetologia								1
		UOS Diabetologia Agnone								1
		UOS Endoscopia Respiratoria								1
UOS Terapia Inieitiva									1	
UOS Dialisi									1	
Medicina Nucleare	UOS Terapia Metabolica								1	
	UOS Chirurgia Del Rachide								1	
	UOS Neurotraumatologia								1	
Neurochirurgia	UOS Eag E Pot Evocati								1	
	UOS Eng								1	
	UOS Ematologia								1	
Neurofisiopatologia	UOS Ematologia								1	
	UOS Epidemiologia								1	
	UOS Odo								1	
Oncologia	UOS Chirurgia Del Piede								1	
	UOS Protesica								1	
	UOS Traumatologia								1	
Ortopedia E Traumatologia	UOS Traumatologia								1	
	UOS Audiologia								1	
	UOS Chirurgia dei disturbi respiratori del sonno								1	
Otorinolaringoiatria	UOS Fibrasi Cistica - Attivi Allergologica								1	
	UOS TIN								1	
	UOS Neurologia Neonatale								1	
Pediatra - Neonatologia - Tin	UOS Pediatria								1	
	UOS Budget Alta Tecnologie Diagnostiche								1	
	UOS Ecografia Interventistica								1	
Radiodiagnostica	UOS Budget Alta Tecnologie Diagnostiche								1	
	UOS Ecografia Interventistica								1	
Urologia	UOS Chir. Urologica Endoscopica E Laparoscopica								1	
	Totale complessivo		46	1	4	1	5	1	58	



OSPEDALE	RICLASSIFICATORE	UOS - Tipo Incarico	P.O. Cardarelli (Campobasso)	P.O. Venezia (Isernia)	S.O. S. F. Caracciolo Agnone	Totale complessivo
OSPEDALE	Dip. Med. Diagnostica E Dei Servizi	Uos vd Genetica Medica	1			1
	Dipartimento Chirurgico	Uos vd Legge 194	1			1
		Uos vd Odontoiatria	1			1
	Dipartimento Medico	Uos vd Patologia Colonna Vertebrale	1			1
		Uos vd Dermatologia	1			1
		Uos vd Medicina Delle Comunita' Penitenziarie	1			1
	Dipartimento Ospedaliero	Uos vd Diabetologia Pediatrica	1			1
		Uos vd Genetica Clinica	1			1
		Uos vd Pediatria Di Comunita'	1			1
		Uos vd Emodialisi	1		1	1
	Dipartimento Ospedaliero	Uos vd Lungodegenza E Geriatria			1	1
		Uos vd Oculistica - Orl			1	1
		Uos vd Pediatria			1	1
Totale complessivo			9	2	2	13



Quadro generale UO ospedaliere esistenti al 31.12.2014

OSPEDALE	U.O.	P.O. Caradarelli (Campobasso)	P.O. S. Timoteo (Termoli)	P.O. Venezia (Isernia)	S.O. Vietri Larino	S.O.S. F. Caracciolo Agnone	S.O.Ss. Rosario Venafro	Totale complessivo
ASREM	UOC	26	14	14	4	2	3	63
	UOS	46	1	4	1	5	1	58
	UOS VD	9	0	2	0	2	0	13
Totale complessivo		81	15	20	5	9	4	134

M



REGIONE MOLISE - Servizio Epidemiologico e dei Controlli									
SDO - D.R.G. 2014 - 140/004 C.d.C. VILLA MARIA Campobasso									
Discipline	Dotazione attuale		Dotazione futura				Delta		D.H.
	R.O.	D.H.	R.O.	D.H.	R.O.	D.H.	R.O.	D.H.	
09 Chir.	12	3	-	-	-	-	-	12	3
21 Geria.			20	-					
26 Med.	22	3	16	4	-	-	6	1	
TOTALE	34	6	36	4	4	2	2	40	-

Struttura ad indirizzo monospécialistico - AREA MEDICA

REGIONE MOLISE - Servizio Epidemiologico e dei Controlli									
SDO - D.R.G. 2014 - 140/005 C.d.C. VILLA ESTHER Boiano									
Discipline	Dotazione attuale		Dotazione futura				Delta		D.H.
	R.O.	D.H.	R.O.	D.H.	R.O.	D.H.	R.O.	D.H.	
09 Chir.	24	5	25	5	1	-			
26 Med.	22	3	20	-	2	-	3		
36 Ortop.	-	-	10	-	10	-			
56 Riab.	20	-	10	-	10	-			
TOTALE	66	8	65	5	1	3	74	4	4

Riepilogo

Dotazione complessiva PL	
RO	DH
Totale	100
Acuzie	81
Post acuzie	10

Inquadramento nella rete di emergenza

- NO

Inquadramento nelle reti tempo dipendenti

- NO

Inquadramento nelle reti specializzate

- NO

Note

Posti letto al di sotto dello standard previsto dal DM 70/2015
 assegnazione posti letto ad indirizzo monospécialistico area medica



REGIONE MOLISE - Servizio Epidemiologico e dei Controlli

SDO - D.R.G. 2014 - 140/006 **GEA MEDICA** Isernia

Discipline	Dotazione attuale		Dotazione futura		Delta	
	R.O.	D.H.	R.O.	D.H.	R.O.	D.H.
56 Riab.	40	-	20	-	-	20
TOTALE	40	-	20	-	20	-

Riepilogo

Dotazione complessiva PL	
RO	DH
Totale	20
Acuzie	0
Post acuzie	20

Inquadramento nella rete di emergenza

• NO

Inquadramento nelle reti tempo dipendenti

• NO

Inquadramento nelle reti specializzate

• NO



REGIONE MOLISE - Servizio Epidemiologico e dei Contralli

SDO - D.R.G. 2014 - 140/911 I.R.C.C.S. NEUROMED

Discipline	Dotazione attuale		Dotazione futura		Delta	
	R.O.	D.H.	R.O.	D.H.	R.O.	D.H.
02 D.H.	-	6	-	6	-	-
14 C. Vasc.	6	-	6	-	-	-
30 Neurochir.	35	-	35	-	-	-
32 Neurol.	46	-	46	-	-	-
49 T. I.	7	-	7	-	-	-
75 Nriab.	45	-	45	-	-	-
56 Riab.	-	-	-	-	-	-
TOTALE	139	6	139	6	-	-
		145		145		

Riepilogo

Dotazione complessiva PL	
RO	DH
Totale	145
Acuzie	94
Post acuzie	45
	0

Inquadramento nella rete di emergenza

- Collegato con la rete regionale per la competenza neurologica, ed in particolare per la neurochirurgia (non presente al Cardarelli)

Inquadramento nelle reti tempo dipendenti

- RETE ICTUS - Accordi intra-regionali per definire il volume, peso e ruolo secondo i fabbisogni regionali

Inquadramento nelle reti specializzate

- NO

Note



REGIONE MOLISE - Servizio Epidemiologico e dei Controlli							
SDO - D.R.G. 2014 - 140/007 FONDAZIONE G.P. II Campobasso							
Discipline	Dotazione attuale		Dotazione futura		Delta		D.H.
	R.O.	D.H.	R.O.	D.H.	R.O.	D.H.	
07 Cardchir.	20	-	20	-	-	-	-
08 Card.	18	2	18	2	-	-	-
09 Chir.	26	3	22	2	4	1	-
49 T.I.	6	-	2	-	4	-	-
50 UTIC	-	-	6	-	6	-	-
64 Oncol.	18	3	8	2	10	1	-
66 Oncoemat.	16	4	8	2	8	2	-
70 Radioter.	3	-	3	-	-	-	-
56 Riab.	14	-	10	-	4	-	-
TOTALE	121	12	97	8	24	4	28
		133		105			

Riepilogo

Dotazione complessiva PL	
RO	DH
Totale	105
Acuzie	87
Post acuzie	10
	0

Inquadramento nella rete di emergenza

- Collegato con la rete regionale per la competenza cardiocirurgica: Proposta di integrazione in un unico dipartimento cardiocirurgico con il Cardarelli

Inquadramento nelle reti tempo dipendenti

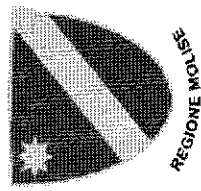
- RETE CARDIOLOGICA - Accordi intra-regionali per definire il volume, peso e ruolo secondo i fabbisogni regionali per la cardiocirurgia
- RETE CARDIOLOGICA - HUB con funzioni h24/365 per manovra salvavita di riperfusione coronarica

Inquadramento nelle reti specializzate

- RETE ONCOLOGICA - HUB Regionale
- RETE LABORATORI - HUB Regionale

Note

Vocazione cardiocirurgica attivata per ottimizzare l'offerta ed evitare una sovrapposizione con il Cardarelli



Regione Molise

Programma Operativo Straordinario 2015 – 2018

ALLEGATO 2

Dettaglio fabbisogno e offerta della rete territoriale



Servizi attivi nella Casa della Salute	
☒	Postazione 118 per garantire le attività di primo intervento
☒	UCCP/AFT per i medici di medici generale e i pediatri
☒	PIJA
☒	Sportello CUP
☒	Poliambulatorio specialistico
☒	Punto prelievo
☒	Ambulatorio infermieristico
☒	Posti letto bassa intensità (a gestione infermieristica)
☒	Area materno infantile
☒	Area integrazione socio-sanitaria



Cronoprogramma attivazione Case della Salute			
Struttura	Intervento	Tempistica	
Riconversione P.O.	Agnone	31.12.2017	
Riconversione P.O.	Larino	31.12.2017	
Riconversione P.O.	Isernia	31.12.2017	
Riconversione P.O.	Venafro	31.12.2017	
Ammodernamento poliambulatorio	Castelmauro	Piano degli investimenti	
Ammodernamento poliambulatorio	Frosolone	Piano degli investimenti	
Ammodernamento poliambulatorio	Santa Croce di Magliano	31.12.2016	
Ammodernamento poliambulatorio	Montenero di Bisaccia	Piano degli investimenti	
Ammodernamento poliambulatorio	Bojano	Piano degli investimenti	
Ammodernamento poliambulatorio	Riccia	Piano degli investimenti	
Ammodernamento poliambulatorio	Trivento	Piano degli investimenti	
Ammodernamento poliambulatorio	Termoli	Piano degli investimenti	
Ammodernamento poliambulatorio	Campobasso	Piano degli investimenti	



Determinazione del fabbisogno

RSA per anziani non autosufficienti - Positivo rispetto ai bisogni - aree della non autosufficienza				
Diretto	Popolazione residente (41.01.2015)	attive	posti letto/unità	Fabbisogno stimato (41.01.2015) 1,5 x 1.000 ab.
Campobasso	126.242	0		189
Isernia	87.292	1	20	131
Termini	101.191	1	20	152
Totale RSA per anziani	314.725	2	40	472
Centri diurni per anziani non autosufficienti				
Venafro	126.242			15
Agnone	87.292			15
Larino	101.191			15
Totale centri diurni	314.725	0	0	45
RSA per riabilitazione residenziale (Alzheimer)				
Campobasso	126.242			15
Isernia	87.292	1	15	15
Termini	101.191			15
Totale centri diurni	314.725	1	15	45
Residenze protette				
Campobasso	126.242			126
Isernia	87.292			87
Termini	101.191			101
Totale Residenze Protette	314.725	4	107	315

Composizione offerta in futuro

RSA per anziani non autosufficienti - Positivo rispetto ai bisogni - aree della non autosufficienza									
Struttura	Tipologia	Pl. attivi	Pl. da attivare	Totale	Tempestività di attivazione	Alta intensità (ft)	Media intensità (ft)	Bassa intensità (ft)	Basso intensità (RS)
Op. Di comunità - Larino	P.O. ricoverabile	0	20	40	Da determinare			40	
Op. Di comunità - Venafro	P.O. ricoverabile	0	20	40	Da determinare			40	
Op. Zona disagiata - Agnone	P.O. ricoverabile	0	40	40	Da determinare			40	
Casa della Salute - Termoli	Casa Salute	0	20	20	Da determinare			20	
RSA Collioure	RSA pubblica	0	60	60	Da determinare			60	
GEA Medica	CDC privata	0	20	20	Da determinare			20	
Cantieri del Giudice	RSA privata	0	20	20	Da determinare			20	
CARIFE	Strut. Privata	0	20	20	Da determinare			20	
Psichiatria Lucania	Strut. Privata	0	20	20	Da determinare			20	
Totale		0	260	500		20		140	140
Centri diurni per anziani non autosufficienti									
Struttura	Tipologia	Prese in carico	Pl. da attivare	Totale	Tempestività di attivazione	Alta intensità	Media intensità	Basso intensità	Basso intensità (RS)
Op. Di comunità - Larino	P.O. ricoverabile	0	15	15	Da determinare			15	
Op. Di comunità - Venafro	P.O. ricoverabile	0	15	15	Da determinare			15	
Op. Zona disagiata - Agnone	P.O. ricoverabile	0	15	15	Da determinare			15	
Totale centri diurni		0	45	45		0		0	45
RSD per riabilitazione residenziale (Alzheimer)									
Struttura	Tipologia	Pl. attivi	Pl. da attivare	Totale	Tempestività di attivazione	Alta intensità	Media intensità	Basso intensità	Basso intensità (RS)
GEA Medica	Strut. Privata	0	10	10	Da determinare			10	
Op. Di comunità - Larino	P.O. ricoverabile	0	10	10	Da determinare			10	
Op. Di comunità - Venafro	P.O. ricoverabile	0	10	10	Da determinare			10	
Casa della Salute - Riccia	Casa Salute	0	10	10	Da determinare			10	
Totale		0	40	40		0		0	0
Centri diurni per riabilitazione (Alzheimer)									
Struttura	Tipologia	Prese in carico	Pl. da attivare	Totale	Tempestività di attivazione	Alta intensità	Media intensità	Basso intensità	Basso intensità (RS)
Centro diurno Campobasso	ambulatorio	15	0	15	Attivo			15	
Casa della Salute - Termoli	Casa Salute	0	10	10	Da determinare			10	
Casa della Salute - Termoli	Casa Salute	0	10	10	Da determinare			10	
Totale		15	20	35		0		0	35
Residenze Protette*									
Struttura	Tipologia	Pl. attivi	Pl. da attivare	Totale	Tempestività di attivazione	Alta intensità	Media intensità	Basso intensità	Basso intensità (RS)
Totale		0	ND	ND					

* Relativamente alle Residenze Protette: si rimanda al paragrafo in cui si è descritto lo stato del contesto in essere



Determinazione del fabbisogno

RSR per disabili - Posti letto residenziali - area della disabilità			
Diretore	Popolazione residente (al 01/01/2015)	attiva	Posti letto/unità
Fabbisogno stimato 347/1960/014 x 1.000 ab. (L. 106/2001)			
Campobasso	126.242	1	73
Isernia	87.292	1	120
Termoli	101.191	2	51
Totale RSR per disabili	314.725	4	157
Riabilitazione ex art.26			
Campobasso	126.242	1	24
Isernia	87.292	1	42
Termoli	101.191	1	25
Totale centri diurni per disabili	314.725	3	67

Riabilitazione ex art. 26 per intensità di cura

Intensiva		Estensiva		USAP	
Basino	Totale per 1.000 ab.	PL	Totale per 1.000 ab.	PL	Totale per 1.000 ab.
Campobasso	0,1	17,6	0,55	47,2	6,3
Isernia	0,1	8,7	0,35	36,6	4,4
Termoli	0,1	10,1	0,35	24,4	5,1
Totale	0,1	36,4	0,95	110	16

Composizione offerta in futuro

RSR per disabili - offerta posti letto residenziali - area della disabilità											
Struttura	Tipologia	PL attivi	PL da attivare	Totale	Temperata di attivazione	Intensiva	Estensiva	di mantenimento			
Riabilitazione ex art. 26 - offerta posti letto intensivi											
Struttura	Tipologia	PL attivi	PL da attivare	Totale	Temperata di attivazione	Intensiva	Estensiva	di mantenimento			
Fisomonte Lucania	Strut. Privata	73	0	73	Da rideterminare	0	73	10			
CANSIC	Strut. Privata	120	0	120	Da rideterminare	10	110	10			
Centro Pausa Neurologica	Strut. Privata	40	0	40	Da rideterminare	10	30	15			
Opis Di comunità - L'Infino	P.O. Ricovero	0	40	40	Da rideterminare	10	30	15			
Opis Di comunità - Venafro	P.O. Ricovero	0	20	20	Da rideterminare	0	20	10			
Totale		133	100	233		30	203	50			
Centri diurni di riabilitazione ex art.26 a regime ambulatoriale e ambulatoriale											
Struttura	Tipologia	Presenze in carico	PL da attivare	Totale	Temperata di attivazione	Intensiva	Estensiva	Ambulatoriale			
Isernia - Campobasso	Strut. Privata	24	0	24	Attivo	0	24	14			
Teramo - Isernia	Strut. Privata	22	0	22	Attivo	0	22	12			
S. Francesco d'Assisi - Termoli	Strut. Privata	21	0	21	Attivo	0	21	11			
Totale centri diurni per disabili		67	0	67		0	67	37			
* previsti 10 PL per l'unità operativa di emergenza prolungata											
di cui pubblico		0	60	60	0	10	25	25			
di cui privato		293	85	378	0	20	50	45			



Tabella riepilogativa dell'assetto dei posti letto per struttura

Struttura	Tipologia	Situazione attuale
CARSIC	Strut. Privata	120
Fisiomedica Loreana	Strut. Privata	73
Centro Pavone Neuromed*	Strut. Privata	
GEA Medica	CdC privata	
Castel del Giudice	RSA privata	20
Totale Privato		213
Osp. Di comunità - Larino	P.O. riconvertito	20
Osp. Di comunità - Venafro	P.O. riconvertito	
Osp. Zona diagiata - Agnone	P.O. riconvertito	
Casa della Salute - Trivento	Casa Salute	
RSA Colletorto	RSA pubblica	
Casa della Salute - Riccia	Casa Salute	
Totale Pubblico		20
Totale		233

RS per disabili	Riabilitazione ex art 26	Totale disabilità
20	30	50
25		25
	40	40
45	70	115
	40	40
	20	20
0	60	60
45	130	175

RSA	RS per riabilitazione residenziale (Alzheimer)	Totale non autosufficienza
20		20
20		20
		0
20	10	30
20		20
80	10	90
40	10	50
40	10	50
40		40
40		40
60		60
	10	10
220	30	250
300	40	340

Totale per struttura
70
45
40
30
20
205
90
70
40
40
60
10
310
515



Regione Molise

Programma Operativo Straordinario 2015 – 2018

ALLEGATO 3

Metodologia utilizzata per la valorizzazione dell'impatto economico derivante dalla riorganizzazione ospedaliera pubblica e privata

MINISTRI


Metodologia di valorizzazione della rete ospedaliera pubblica

Metodologia rete ospedaliera pubblica

Fonte Dati:

SDO 2010-2014 Regione Molise

Posti letto da HSP 2014 Molise

Tariffe Regione Molise per DRG 2014

Indicatore principale

Al fine di stimare l'attività produttiva dell'assistenza ospedaliera pubblica è stato utilizzato un indicatore di ricoveri equivalenti¹ che è pari alla somma dei valori dei DRG del singolo presidio (al numeratore) diviso il DRG medio della Regione Molise (al denominatore)². L'indicatore ha alla base il principio che le tariffe sono proporzionate ai costi di produzione. Il numero dei ricoveri equivalenti calcolati con questo indicatore permette di confrontare la produzione tra i diversi Presidi Ospedalieri in quanto tiene conto sia dei volumi di attività che della complessità dei casi trattati.

$$\text{Numero ricoveri equivalenti (U.A.O)} = \frac{\text{Valore dei DRG del singolo Presidio (Ricoveri per Tariffe)}}{\text{Valore medio del DRG della Regione Molise}}$$

Figura 1: Formula per il calcolo dei ricoveri equivalenti (U.A.O)

Sviluppo della metodologia applicata

Descrizione della situazione attuale

È stato calcolato il **numero dei ricoveri equivalenti attuali** per singolo presidio ospedaliero e per tipologia di ricovero (DO e DH) utilizzando le SDO 2014 del Molise.

Si riporta a titolo esemplificativo il calcolo dei ricoveri equivalenti di degenza ordinaria per il Presidio Ospedaliero Caracciolo di Agnone.

Denominazione struttura	Valore produzione (€)		N. Casi
	A	B	
Ospedale Caracciolo di Agnone	2.982.536	1.251	

⇒

Valore medio DRG (€)
C
2.946

⇒

Numero di ricoveri equivalenti
D = A / C
1.013

Tabella 1: Calcolo dei ricoveri equivalenti di degenza ordinaria per il PO Caracciolo di Agnone

Costo di un ricovero equivalente attuale: è stato calcolato il costo di un ricovero equivalente attuale prodotto per singolo Presidio Ospedaliero e per tipologia di ricovero (DO e DH). Sono stati utilizzati i dati dei Conti di Presidio (CP) del 2014 forniti dall'UO Controllo di gestione di ASReM. Il costo di un ricovero equivalente è uguale al costo complessivo che il singolo Presidio Ospedaliero sostiene per produrre ricoveri in uno dei due regimi (nell'esempio sotto riportato il PO Caracciolo di Agnone in degenza ordinaria) diviso il numero di ricoveri equivalenti prodotti dal Presidio stesso nel regime di degenza analizzato.

¹ L'indicatore di ricoveri equivalenti, detto anche U.A.O. "Unità equivalenti di Assistenza Ospedaliera", è ripreso dalla pubblicazione Agenas - Cislighi C. et al., "Una nuova misura dell'attività ospedaliera", Editore Agenas, I Quaderni di Monitor 5° supplemento n.24, anno 2009, pp. 27-36.

² Valore dei DRG del singolo presidio ospedaliero (ricoveri per tariffe) diviso numero dei ricoveri del Molise



Denominazione struttura	Costo produzione C.P. (€)	Numero di ricoveri equivalenti	Costo di un ricovero equivalente (€)
Ospedale Caracciolo di Agnone	E 7.311.000	D = A / C 1.013	F = E/D 7.217

Tabella 2: Calcolo del costo di un ricovero equivalente attuale per il PO Caracciolo di Agnone

Descrizione della situazione futura

Numero dei ricoveri equivalenti futuri: al fine di determinare l'impatto economico della rimodulazione della rete ospedaliera pubblica si è proceduto a calcolare il numero dei ricoveri equivalenti futuri e la loro valorizzazione economica. Ai fini della determinazione del **nuovo valore della produzione** sono stati calcolati:

1. **Casi per posto letto per singola disciplina:** si è calcolato il numero dei ricoveri medi dal 2010 al 2014 (da flusso SDO) per disciplina e per numero di posti letto (dati HSP 2014) della Regione Molise. L'analisi è stata condotta per entrambi i regimi di ricovero (DO, DH). A titolo di esempio si riportano i dati relativi alla disciplina 26 (Medicina Generale).

Disciplina	Media casi 2010-2014		Disciplina	PL HSP 2014		Disciplina	Casi medi per PL	
	DO	DH		DO	DH		DO	DH
26 - Medicina Gen.	H	I	26 - Medicina Gen.	L	M	26 - Medicina Gen.	N = H/L	O = I/M
	4.941	1.401		113	14		44	100

Tabella 3: Calcolo dei casi per posto letto per il PO Caracciolo di Agnone

2. **Nuova casistica:** è stata calcolata, per Presidio Ospedaliero e per regime di ricovero (DO e DH), moltiplicando i **casi per posto letto** (Tabella 3) per i posti letto previsti dalla nuova rete ospedaliera pubblica. A titolo di esempio si riportano i dati relativi alla disciplina 26 (Medicina Generale) per il P.O. Caracciolo di Agnone.

Struttura/Disciplina	Nuova dotazione di PL		Struttura/Disciplina	Casi medi per PL		Struttura/Disciplina	Casistica futura	
	DO	DH		DO	DH		DO	DH
Caracciolo Agnone	P	Q	26 - Medicina Gen.	N = H/L	O = I/M	Caracciolo Agnone	R = P * N	S = Q * O
26 - Medicina Gen.	14	-		44	100	26 - Medicina Gen.	612	-

Tabella 4: Calcolo dei casi futuri per il PO Caracciolo di Agnone

La nuova casistica relativa alla disciplina 26 (Medicina Generale) per il P.O. Caracciolo di Agnone sarà pari a 612 in regime ordinario.

3. **Nuovo valore della produzione:** per singolo Presidio Ospedaliero e per la Regione Molise è stato calcolato moltiplicando la **nuova casistica** (Tabella 4) per la tariffa media. La tariffa media è stata calcolata sul valore della produzione regionale del 2014 per singolo Presidio Ospedaliero e per singola disciplina. A titolo di esempio si riportano i dati relativi alla disciplina 26 (Medicina Generale) per il P.O. Caracciolo di Agnone.

Struttura/Disciplina	Tariffa media 2014 (€)		Struttura/Disciplina	Casistica futura		Struttura/Disciplina	Valore della prod. Futura (€)	
	DO	DH		DO	DH		DO	DH
Caracciolo Agnone	T	U	Caracciolo Agnone	R = P * N	S = Q * O	Caracciolo Agnone	V = T * R	Z = U * S
26 - Medicina Gen.	2.785	351	26 - Medicina Gen.	612	-	26 - Medicina Gen.	1.705.191	-

Tabella 5: Calcolo della produzione futura per il PO Caracciolo di Agnone

Il nuovo valore della produzione relativo alla disciplina 26 (Medicina Generale) per il P.O. Caracciolo di Agnone sarà pari a 1,7 €/mln in regime ordinario.

4. **Numero dei ricoveri equivalenti futuri:** è stato calcolato il numero dei ricoveri equivalenti futuri per singolo presidio ospedaliero e per tipologia di ricovero (DO e DH) utilizzando il **valore della produzione** futura (Tabella 5) del singolo presidio e per la Regione Molise. A titolo di esempio si riportano i dati relativi alla disciplina 26 (Medicina Generale) per il P.O. Caracciolo di Agnone.



Struttura	Valore della prod. Futura (€)		Strutture	Valore medio DRG (Valore Prod. Tot / N. Casi Tot)		Struttura	N. di ricoveri equivalenti futuri	
	DO	DH		DO	DH		DO	DH
	AA	AB		AC	AD		AE = AA / AC	AF = AB / AD
Caracciolo Agnone	1.705.191	137.190	Tota e Ospedali	2.594	1.178	Caracciolo Agnone	657	116

Tabella 6: Calcolo dei ricoveri equivalenti futuri per il P.O. Caracciolo di Agnone

È stato calcolato il numero dei ricoveri equivalenti per il P.O. Caracciolo di Agnone per tipologia di ricovero (DO e DH) dividendo la stima del valore della produzione futura per il valore medio DRG regionale (ovvero il valore della produzione complessiva futura).

5. **Costo dei ricoveri equivalenti futuri:** è stato moltiplicato il costo di un ricovero equivalente attuale (come precedentemente descritto alla Tabella 2) per il numero dei ricoveri equivalenti futuri (vedi Tabella 6). Si ottiene così il costo che la Regione Molise dovrà sostenere per l'assistenza ospedaliera pubblica a seguito della riorganizzazione della rete.

A titolo di esempio si riporta il costo che il P.O. Caracciolo di Agnone dovrà sostenere per erogare assistenza sanitaria ospedaliera in regime ordinario a seguito della riorganizzazione della rete.

Struttura	Costo di un ricovero eq. (€)	N. ricoveri eq. Futuri	Stima Costo (€)	
	DO	DO	DO	
	AG	AH	At = AG * AH	
Caracciolo Agnone	7.221	657	4.747.456	

Tabella 7: Costo dei ricoveri equivalenti futuri per il P.O. Caracciolo di Agnone

La scelta di utilizzare il costo di un ricovero equivalente attuale (vedi Tabella 2) per il calcolo del costo dei ricoveri equivalenti futuri è stata effettuata al fine di ottenere una stima prudentiale.

Un approccio prudentiale è stato adottato anche nella scelta della metodologia utilizzata per descrivere la situazione post-riorganizzazione. Infatti se da una parte si recupera appropriatezza attraverso la riduzione dei posti letto dall'altra il metodo scelto si trascina parte di inappropriatezza legata alla casistica. Ciò avviene in quanto nell'individuazione dei casi per posto letto per singola disciplina (vedi Tabella 3) si tiene conto dei ricoveri medi prodotti dalla Regione Molise nell'arco temporale 2010 – 2014. Saranno comunque successivamente adottati strumenti di governo dell'inappropriatezza residua nel corso del triennio (2016 – 2018).

Impatto economico riorganizzazione rete ospedaliera pubblica

L'impatto economico della manovra di riorganizzazione della rete ospedaliera pubblica è pari al differenziale tra i costi attuali di produzione dell'assistenza ospedaliera da parte delle strutture pubbliche (come riportati nei modelli CP 2014 ASReM) e i costi di produzione stimati con la metodologia precedentemente descritta.

La riduzione complessiva dei costi, pari a **55,5 €/mln**, è stata ribaltata sulle singole voci del modello CE come segue.

Il differenziale dei costi di produzione attuali e attesi per degenza ordinaria e day hospital è stato imputato ai singoli fattori produttivi sulla base del modello LA 2014. Partendo da tale modello si è proceduto a calcolare l'incidenza del singolo fattore produttivo per livello di assistenza (assistenza ospedaliera DH, assistenza ospedaliera DO). L'incidenza è stata calcolata come rapporto tra il costo per regime di ricovero del singolo fattore produttivo per livello di assistenza e il costo totale per livello di assistenza. È stato escluso nel calcolo il fattore produttivo relativo all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato e la mobilità passiva.

Di seguito si riporta la procedura di calcolo utilizzata.



M

Descrizione livello	Consumi sanitari	Consumi non sanitari	Costi prest. sanitarie	Costi servizi sanitari	Costi servizi non sanitari		Fattori produttivi considerati
	A	B	C	D	E		N = M - C
1 Assistenza ospedaliera per acuti	34.374	4.400	107.429	546	48.384		
2 -in Day Hospital e Day Surgery	5.121	652	17.618	76	7.515		35.130
3 -in degenza ordinaria	29.253	3.748	89.811	570	40.819		201.329
4 Totale LA	89.758	6.647	330.714	10.021	54.973		404.546

Tabella 8: Composizione delle voci Modello LA 2014 per assistenza ospedaliera in DO e DH

Ad esempio, come illustrato nella Tabella 9 sottostante, per determinare l'incidenza del costo dei consumi sanitari in DO (cella A6) si è proceduto a fare il rapporto tra il valore della colonna A - Riga 3 (A3) e quello nella colonna N - Riga 3 (N3).

Descrizione livello	A						N = M - C
1 Assistenza ospedaliera per acuti	34.374						
2 -in Day Hospital e Day Surgery	5.121						35.130
3 -in degenza ordinaria	29.253						201.329
5 INCIDENZA DH costo livello sul tot costi	15%	2%		0%	21%		100%
6 INCIDENZA DO costo livello sul tot costi	15%	2%		0%	20%		100%

Tabella 9: Determinazione dell'incidenza % per il fattore produttivo "consumi sanitari"

Il risparmio complessivo per ciascun fattore produttivo così determinato è stato successivamente ribaltato nelle singole voci di CE che alimentano il fattore produttivo stesso. Driver del ribaltamento è stata l'incidenza del costo del valore esposto nella singola voce di CE 2014 rispetto al costo totale. A titolo di esempio consideriamo il fattore produttivo "Consumi sanitari".

Di seguito si riporta l'incidenza dei fattori produttivi così come descritti nella Tabella 9

Descrizione livello	Consumi sanitari	Consumi non sanitari	Costi prest. sanitarie	Costi servizi sanitari	Costi servizi non sanitari		Fattori produttivi considerati
	A						N = M - C
5 INCIDENZA DH costo livello sul tot costi	15%	2%		0%	21%		100%
6 INCIDENZA DO costo livello sul tot costi	15%	2%		0%	20%		100%
7 DH risparmio con nuova rete	-	4.170					28.605
8 DO risparmio con nuova rete	-	3.916					26.950
9 TOTALE riduzione per fattore produttivo	-	8.086					55.555

Tabella 10: Stima risparmi per consumi sanitari in base all'incidenza % sul totale del risparmio per livello di assistenza

Si procede a ribaltare il risparmio complessivo, calcolato attraverso il metodo dei ricoveri equivalenti, per regime di ricovero per i vari fattori produttivi.

Come si evince dalla Tabella 10 il ribaltamento per il fattore produttivo "Consumi Sanitari", cioè il risparmio atteso per questo fattore (A8), è stato effettuato moltiplicando la percentuale dell'incidenza per regime di ricovero (A6, pari al 15%) per il valore totale del risparmio stimato per regime di ricovero (N8, pari a -26.950 €).

Stimato il risparmio relativo ai consumi sanitari, si è proceduto a ribaltare tale importo all'interno delle singole voci di CE che alimentano il fattore produttivo stesso.



		A						N = M - C
7	DH risparmio con nuova rete	4.170						- 28.605
8	DO risparmio con nuova rete	3.916						- 26.950
9	TOTALE riduzione per fattore produttivo	8.086						- 55.559

Segno voce	Cod. voce	Descrizione Voce	Valore voce da CE (€/000)	% voce CE su totale fattore produttivo	Stima risparmi per singola voce CE
			A	B	C = B * Risparmi da LA
+	BA0030	Prodotti farmaceutici ed emoderivati	44.289	49,3%	-3.990
+	BA0250	Prodotti dietetici	1.769	2,0%	-159
+	BA0260	Materiali per la profilassi (vaccini)	2.511	2,8%	-226
+	BA0270	Materiali diagnostici prodotti chimici	2.381	2,7%	-214
+	BA0210	Dispositivi medici	38.423	42,8%	-3.461
+	BA0280	B.1.A.7) Materiali e prodotti per uso veterinario	19	0,0%	-2
+	BA0290	B.1.A.8) Altri beni e prodotti sanitari	147	0,2%	-13
+	BA0300	B.1.A.9) Beni e prodotti sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0	0,0%	0
+	BA0070	B.1.A.2) Sangue ed emocomponenti	0	0,0%	0
-/+	BA2670	B.15.A) Variazione rimanenze sanitarie	219	0,2%	-20
-/+	Totale del fattore produttivo dalle voci di CE		89.758	100%	-8.086

Tabella 11: Imputazione dei risparmi dei consumi sanitari nelle corrispondenti voci di CE

Ribaltati gli importi all'interno delle voci di CE con il criterio sopra descritto, si è proceduto, in via prudenziale, a considerare come costi fissi le voci di bilancio riportate nella tabella sottostante. I costi fissi ammontano ad un importo pari a **34,7 €/mln** riducendo l'impatto della manovra, che era pari a **55,5 €/mln**, a **20,8 €/mln**.

Cod. voce	Descrizione Voce CE	€/000
BA2080	Totale Costo del Personale	-28.601
BA2500	Oneri diversi di gestione	-233
BA2570	Ammortamenti delle immobilizzazioni	-80
BA2580	Ammortamenti delle immobilizzazioni	-1.036
BA2690	Accantonamenti dell'esercizio	-2.062
CA0110	Interessi passivi	-436
EA0280	Altri oneri straordinari	-305
	Imposte e tasse	-1.921
Totale		-34.676

Tabella 12: Risparmi ricondotti a voci di costo fisso

I Costi variabili ammontano a circa **20,8 €/mln** ma, al fine di identificare gli effettivi costi cessanti, sono stati effettuati degli abbattimenti prudenziali per singola voce di CE. Gli abbattimenti prudenziali sui costi variabili sono stati pari al 75%, al 25% e in alcuni nulli. In base a tale ulteriore abbattimento dei risparmi, l'impatto della manovra della rete ospedaliera pubblica si riduce ulteriormente arrivando ad una stima di risparmio complessiva pari a **13,1 €/mln**. L'intera manovra dell'ospedaliera pubblica viene ulteriormente abbattuta di un ulteriore 20%, ai fini dell'inserimento della stessa all'interno dei CE programmatici, arrivando ad una stima dell'impatto pari a **10,4 €/mln**.



Programmi Operativi 2015 - 2018 CRONPROGRAMMA

Numero Programma		Descrizione Programma		Descrizione Intervento		Azione		Responsabile indicazione / indicatori di risultato dell'Ente		Templifica indicatore		Ente (Regione/ASReM)	
1	1.1	Adempimenti LEA e situazione debitoria progressa	Miglioramento e garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	Superamento delle inadempienze	Regione/ASReM	Valutazione griglia LEA > 160	dicembre-16	Servizio di supporto alla DG Salute DG ASReM					
1	1.2	Adempimenti LEA e situazione debitoria progressa	Situazione debitoria progressa	Copertura debito progressa	Regione/ASReM	Copertura avanzata progressa	dicembre-18	Servizio di supporto alla DG Salute DG ASReM					
2	2.1	Attuazione del D.lgs. 118/2011	Disposizioni del D.L. 118/2011	Implementazione delle disposizioni del D.lgs. 118/2011	Regione	Realizzazione della contabilità della GSA con la contabilità della Regione	novembre-16	Servizio di supporto alla DG Salute GSA					
3	3.1	Certificabilità dei bilanci del SSR	Rispetto di quanto previsto dal PAC	Attuazione PAC	Regione/ASReM	Attuazione del PAC e raggiungimento degli obiettivi secondo le azioni previste nel cronoprogramma	dicembre-17	Servizio di supporto alla DG Salute Dir. Responsabile PAC DG ASReM					
4	4.1	Flussi Informativi	Miglioramento dei flussi informativi	Superamento delle criticità e attivazione nuovi Flussi Informativi	Regione/ASReM	Assenza criticità Flussi Informativi	ottobre-16	Servizio di supporto alla DG Salute Servizio Flussi Informativi DG ASReM					
4	4.1	Flussi Informativi	Miglioramento dei flussi informativi	Superamento delle criticità e attivazione nuovi Flussi Informativi	Regione/ASReM	Messa a regime Flussi SIMES e Grandi Apparecchiature	ottobre-16	Servizio di supporto alla DG Salute Servizio Flussi Informativi DG ASReM					
5	5.1	Accreditamento	Accreditamento istituzionale dei soggetti erogatori privati	Revisione e conferma degli accreditamenti per l'erogazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie	Regione	Rimodulazione degli accreditamenti delle strutture ospedaliere e di territoriali in base alle disposizioni del FOS	marzo-17	Servizio di supporto alla DG Salute Servizio Flussi Informativi DG ASReM					
5	5.1	Accreditamento	Accreditamento istituzionale dei soggetti erogatori privati	Revisione e conferma degli accreditamenti per l'erogazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie	Regione	Adeguamento PL previsti dal POS	ottobre-16	Servizio di supporto alla DG Salute Servizi Ospedaliari Servizio Assistenza territoriale					
5	5.1	Accreditamento	Accreditamento istituzionale dei soggetti erogatori privati	Revisione e conferma degli accreditamenti per l'erogazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie	Regione	Rimodulazione degli accreditamenti per le strutture socio sanitarie CRP	agosto-16	Servizio di supporto alla DG Salute Servizi Ospedaliari Servizio Assistenza territoriale					
5	5.1	Accreditamento	Accreditamento istituzionale dei soggetti erogatori privati	Revisione e conferma degli accreditamenti per l'erogazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie	Regione	Accreditamento strutture Socio Sanitarie - Centri Diurni	febbraio-17	Servizio di supporto alla DG Salute Servizi Ospedaliari Servizio Assistenza territoriale					
6	6.1	Contabilità analitica	Contabilità analitica	Implementazione Contabilità analitica	Regione/ASReM	Definizione e adozione degli strumenti e delle Linee guida del nuovo modello Co. An.	gennaio-17	Servizio di supporto alla DG Salute GSA Servizio Flussi Informativi DG ASReM					
6	6.1	Contabilità analitica	Contabilità analitica	Implementazione Contabilità analitica	Regione/ASReM	Integrazione del sistema informativo con gli strumenti della nuova Co. An.	marzo-18	Servizio di supporto alla DG Salute GSA Servizio Flussi informativi DG ASReM					
6	6.1	Contabilità analitica	Contabilità analitica	Implementazione Contabilità analitica	Regione/ASReM	Definizione dei flussi alimentari in Co. An.	marzo-18	Servizio di supporto alla DG Salute GSA Servizio Flussi Informativi DG ASReM					



Programmi Operativi 2015 - 2018 CRONOPROGRAMMA

Misure Programmate	Descrizione Programmi	Numero intervento	Destinatari Intervento	Azione	Responsabile/Incaricato/Indicatori di risultato dell'Az.	Tempistica applicatore	Ente (Regione/ASReM)
11	Riequilibrio Ospedale-Territorio	11.3	Riorganizzazione della Rete Territoriale	L'assistenza residenziale e semiresidenziale per le non autosufficienti e le disabili	Regione/ASReM	dicembre-17	Struttura Commissariale DG ASReM
11	Riequilibrio Ospedale-Territorio	11.3	Riorganizzazione della Rete Territoriale	La rete dei laboratori	Regione/ASReM	agosto-16	Struttura Commissariale DG ASReM
11	Riequilibrio Ospedale-Territorio	11.3	Riorganizzazione della Rete Territoriale	La rete dei laboratori	Regione/ASReM	ottobre-16	Struttura Commissariale DG ASReM
11	Riequilibrio Ospedale-Territorio	11.3	Riorganizzazione della Rete Territoriale	La rete dei laboratori	Regione/ASReM	settembre-16	Struttura Commissariale DG ASReM
11	Riequilibrio Ospedale-Territorio	11.3	Riorganizzazione della Rete Territoriale	La rete dei laboratori	Regione/ASReM	settembre-16	Struttura Commissariale DG ASReM
11	Riequilibrio Ospedale-Territorio	11.3	Riorganizzazione della Rete Territoriale	La rete dei laboratori	Regione/ASReM	marzo-17	Struttura Commissariale DG ASReM
11	Riequilibrio Ospedale-Territorio	11.3	Riorganizzazione della Rete Territoriale	La rete dei laboratori	Regione/ASReM	ottobre-16	Struttura Commissariale DG ASReM
11	Riequilibrio Ospedale-Territorio	11.4	Rete socio-sanitaria	Dipartimento di Salute mentale	Regione/ASReM	agosto-16	Struttura Commissariale DG ASReM
11	Riequilibrio Ospedale-Territorio	11.4	Rete socio-sanitaria	Dipartimento di Salute mentale	Regione/ASReM	settembre-16	Struttura Commissariale DG ASReM
11	Riequilibrio Ospedale-Territorio	11.4	Rete socio-sanitaria	Dipartimento di Salute mentale	Regione/ASReM	marzo-17	Struttura Commissariale DG ASReM
11	Riequilibrio Ospedale-Territorio	11.5	Piano degli investimenti	Rifornimento della rete infrastrutturale sanitaria	Regione/ASReM	gennaio-17	Struttura Commissariale DG ASReM



Programmi Operativi 2015 - 2018 CRONOPROGRAMMA

Numero Programma	Descrizione Programma	Numero intervento	Descrizione intervento	Azioni	Responsabilità indicatore		Indicatore/Indicatore dell'Ente	Tempistica indicatore	Ente (Regione/ASReM)
					Regione/ASReM	Regione			
12	Santa penitenziaria	12.1	Potenziamento Sanità Penitenziaria	Monitoraggio dell'attività prescrittiva, attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria, e interventi per obiettivi di appropriatezza clinica, incentrati per la prescrizione dei farmaci equivalenti	Regione/ASReM	Regione			
13	Assistenza farmaceutica	13.1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata/territoriale	Attribuzione di un budget annuale ai Medici di medicina generale. Attività di monitoraggio attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria	Regione	Regione	Veri azione 13.1.3		
13	Assistenza farmaceutica	13.1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata/territoriale	Acquisizione diretta ossigeno medicinale. Attività di monitoraggio	Regione	Regione	Azioni già in essere		
13	Assistenza farmaceutica	13.1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata/territoriale	Potenziamento della distribuzione in DPC dei farmaci del PHT mediante riduzione della percentuale massima di distribuzione sul totale convenzionato (ugli stessi)	Regione	Regione	Azioni già in essere		
13	Assistenza farmaceutica	13.2	Razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera	Rafforzamento utilizzo farmaci biosimilari	Regione	Regione	Azioni già in essere		
13	Assistenza farmaceutica	13.2	Razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera	Revisione periodica del PTOH e del processo decisionale di aggiornamento	Regione	Regione	Azioni già in essere		
13	Assistenza farmaceutica	13.2	Razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera	Messa a valore delle prossime scadenze brevettuali di alcuni molecole inerenti la spesa farmaceutica ospedaliera	Regione	Regione	Azioni già in essere		
13	Assistenza farmaceutica	13.3	Business intelligence e governo dell'appropriatezza clinica nella farmaceutica territoriale e ospedaliera	Monitoraggio e valutazione dei percorsi terapeutici e diagnostici applicati nella pratica clinica mediante lo strumento "business intelligence HEALTH-DB"	Regione	Regione	Adozione DCA su approvazione schema di convenzione Regione Molise - Claxon s.r.l.	settembre-16	Servizio di supporto alla DG Salute Servizio farmaceutica
13	Assistenza farmaceutica	13.3	Business intelligence e governo dell'appropriatezza clinica nella farmaceutica territoriale e ospedaliera	Monitoraggio e valutazione dei percorsi terapeutici e diagnostici applicati nella pratica clinica mediante lo strumento "business intelligence HEALTH-DB"	Regione	Regione	Attivazione e messa a regime del sistema di monitoraggio e reporting	ottobre-16	Servizio di supporto alla DG Salute Servizio farmaceutica
13	Assistenza farmaceutica	13.3	Business intelligence e governo dell'appropriatezza clinica nella farmaceutica territoriale e ospedaliera	Monitoraggio e valutazione dei percorsi terapeutici e diagnostici applicati nella pratica clinica mediante lo strumento "business intelligence HEALTH-DB"	Regione	Regione	Avvio delle attività di verifica dell'appropriatezza clinica dalle prescrizioni farmaceutiche in ambito sia territoriale che ospedaliero	gennaio-17	Servizio di supporto alla DG Salute Servizio farmaceutica
13	Assistenza farmaceutica	13.3	Business intelligence e governo dell'appropriatezza clinica nella farmaceutica territoriale e ospedaliera	Monitoraggio e valutazione dei percorsi terapeutici e diagnostici applicati nella pratica clinica mediante lo strumento "business intelligence HEALTH-DB"	Regione	Regione	Adozione DCA su attivazione di nuovi strumenti di governo della farmaceutica territoriale e ospedaliera in base agli indicatori di appropriatezza clinica individuati	gennaio-17	Servizio di supporto alla DG Salute Servizio farmaceutica
14	Sicurezza e rischio clinico	14.1	Azioni di governo clinico e riduzione del rischio clinico	Piano regionale di Risk Management	Regione/ASReM	Regione/ASReM	Produzione del Piano di Risk Management	ottobre-16	Servizio di supporto alla DG Salute DG ASReM
14	Sicurezza e rischio clinico	14.1	Azioni di governo clinico e riduzione del rischio clinico	Piano regionale di Risk Management	Regione/ASReM	Regione/ASReM	Produzione del Piano relativo alle procedure di incident reporting	ottobre-16	Servizio di supporto alla DG Salute US ASReM
14	Sicurezza e rischio clinico	14.1	Azioni di governo clinico e riduzione del rischio clinico	Piano regionale di Risk Management	Regione/ASReM	Regione/ASReM	Mappatura delle fonti informative finalizzata alla predisposizione di un set di indicatori per il monitoraggio del rischio clinico	ottobre-16	Servizio di supporto alla DG Salute DG ASReM
14	Sicurezza e rischio clinico	14.1	Azioni di governo clinico e riduzione del rischio clinico	Piano regionale di Risk Management	Regione/ASReM	Regione/ASReM	Mappatura del rischio clinico all'interno delle strutture del Servizio Sanitario Regionale	marzo-17	Servizio di supporto alla DG Salute DG ASReM
14	Sicurezza e rischio clinico	14.1	Azioni di governo clinico e riduzione del rischio clinico	Piano regionale di Risk Management	Regione/ASReM	Regione/ASReM	Produzione di un set di indicatori per la valutazione della performance relative al rischio clinico	marzo-17	Servizio di supporto alla DG Salute DG ASReM
14	Sicurezza e rischio clinico	14.1	Azioni di governo clinico e riduzione del rischio clinico	Piano regionale di Risk Management	Regione/ASReM	Regione/ASReM	Produzione dei report periodici di monitoraggio del Risk Management	aprile-17	Servizio di supporto alla DG Salute DG ASReM



140 MOLISE - Acquario		CONTO ECONOMICO									
	€000	Consuntivo 2014		IV Trimestre 2016		Tendenziale 2016		Tendenziale 2017		Tendenziale 2018	
		A	B	C	D	E	F	G	H		
A1	Contributi F.S.R.	569.189	564.604	569.010	569.010	569.010	569.010	569.010	569.010	569.010	569.010
A2	Salto Mobilità	26.244	24.673	24.673	24.673	24.673	24.673	24.673	24.673	24.673	24.673
A3	Entrate Proprie	10.873	13.653	11.339	11.339	11.339	11.339	11.908	11.908	12.477	12.477
A4	Salto Infrastruttura	1.758	1.558	1.558	1.558	1.558	1.558	1.558	1.558	1.558	1.558
A5	Retifica Contributi (esercizio per destinazione ad investimenti)	1.716	1.936	1.411	1.411	1.411	1.411	1.177	1.177	1.177	1.177
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	5.191	4.422	1.908	1.908	1.908	1.908	908	908	908	908
A	Totale Ricavi Netti	601.197	599.090	603.281	603.281	603.495	603.495	605.064	605.064	602.937	602.937
B1	Personale	199.042	194.723	194.723	194.723	194.723	194.723	190.007	190.007	186.427	186.427
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emendativi	44.289	54.095	55.708	57.379	59.106	59.106	55.282	55.282	56.275	56.275
B3	Altri Beni e Servizi	116.304	109.514	109.599	110.599	111.802	111.802	105.269	105.269	104.812	104.812
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	4.870	4.870	4.870	4.870	4.870	4.870	5.119	5.119	5.368	5.368
B5	Accantonamenti	8.432	4.837	4.837	4.837	4.837	4.837	22.757	22.757	8.216	8.216
B6	Variazione Rimanenze	213	1.766	-	-	-	-	-	-	-	-
B	Totale Costi Interni	373.150	365.263	368.737	368.737	374.332	374.332	378.374	378.374	361.998	361.998
C1	Medicina di Base	48.373	47.354	46.974	46.974	46.231	46.231	46.599	46.599	46.231	46.231
C2	Farmacologia Convenzionata	47.881	47.190	46.010	44.860	43.736	43.736	42.504	42.504	40.985	40.985
C3	Prestazioni da Privato	173.564	165.693	165.264	165.631	166.001	166.001	158.325	157.669	156.566	156.566
C	Totale Costi Esterni	269.818	260.237	256.248	257.090	255.970	255.970	246.761	246.761	243.864	243.864
D	Totale Costi Operativi (B+C)	643.068	625.500	627.985	629.594	631.303	631.303	625.135	625.135	604.762	604.762
E	Margine Operativo (A-D)	41.871	27.490	24.723	24.723	28.098	28.098	20.071	20.071	2.228	2.228
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
F2	Saldo Gestione Finanziaria	3.431	3.170	3.170	3.170	3.170	3.170	3.170	3.170	3.170	3.170
F3	Oneri Fiscali	15.484	14.316	14.316	14.316	14.316	14.316	14.023	14.023	13.801	13.801
F4	Saldo Gestione Straordinaria	759	1.402	1.255	1.255	1.123	1.123	1.255	1.255	1.065	1.065
F	Totale Componenti Finanziaria e Straordinaria	18.156	16.094	16.221	16.363	16.481	16.481	18.045	18.070	15.968	15.968
G	Risultato Economico (E+F)	60.027	43.504	40.954	42.461	44.298	44.298	38.141	38.141	18.192	18.192
H	Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	20.350	18.192	18.192	18.192	18.192	18.192	18.192	18.192	18.192	18.192
I	Risultato Economico con risorse aggiuntive LEA (G+H)	30.677	25.312	22.762	24.269	26.097	26.097	17.949	17.949	0	0

Descrizione livello	Ordine esposizioni e	Consumi e		Costi per acquisiti di servizi		Personale del ruolo		Personale del ruolo		Personale del ruolo		Sopravvanti		Opere finanziarie e altri costi	Totale
		manufatti di Non sanitari	Prestiti sanitarie	servizi sanitari per produzione	Servizi non sanitari	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvanti	Finanziarie e altri costi					
Igiene e sanità pubblica	1	492	75	-	23	935	1.841	2	362	207	72	49	177	4.233	
Igiene degli alimenti e della nutrizione	2	285	39	-	18	277	1.119	1	169	85	39	30	105	2.168	
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	3	297	55	-	21	430	2.237	36	191	124	52	32	104	3.577	
Sanità pubblica veterinaria	4	904	91	-	1.013	907	4.049	2	139	113	80	61	178	7.435	
Attività di prevenzione rivolte alle persone	5	1.406	76	-	126	806	2.058	4	220	274	69	57	127	5.324	
Servizio medico legale	6	333	41	-	24	479	1.772	2	223	503	64	45	142	3.627	
TOTALE ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI V.	7	3.718	377	-	1.224	3.833	13.074	46	1.304	1.306	376	274	833	26.364	
Guardia medica	8	78	32	7.134	54	138	487	0	19	42	5	28	19	8.056	
Medicina generale - Medicina generica	9	817	553	36.806	830	1.197	3.133	10	632	1.217	147	140	376	45.859	
Medicina generale - Pediatria di libera scelta	10	168	69	9.090	70	323	852	3	202	327	37	25	80	11.245	
Emergenza sanitaria territoriale	11	801	415	2.386	316	579	2.933	2	620	217	83	72	195	8.598	
Ass. farmaceutica - Assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie	12	1.885	7	82.401	7	64	321	0	29	70	10	14	1.046	85.854	
Ass. farmaceutica - Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	13	22.199	68	624	164	698	989	1	118	159	47	51	1.282	26.400	
Assistenza integrativa	14	138	6	7.617	4	72	276	0	32	41	4	23	87	8.300	
Assistenza specialistica - Attività clinica	15	2.067	198	31.512	1.320	1.472	6.424	5	509	474	345	248	757	45.330	
Assistenza specialistica - Attività di laboratorio	16	2.408	101	23.016	183	1.055	3.444	3	270	270	182	120	962	32.013	
Assistenza specialistica - Attività di diagnostica strumentale e per imaging	17	1.210	83	9.298	389	807	2.493	3	191	239	187	228	1.295	16.423	
Assistenza protesica	18	2.101	26	6.522	21	236	830	2	170	133	32	82	158	10.311	
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza programmata a	19	292	99	3.672	29	276	921	2	72	75	31	17	58	5.569	
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza alle donne, fami	20	215	27	133	55	566	2.872	5	245	106	78	26	120	4.447	
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza psichiatrica	21	899	166	386	62	1.333	5.826	4	579	214	158	133	499	10.258	
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza riabilitativa ai di	22	168	25	14.992	322	488	1.911	7	180	191	40	113	473	18.216	
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai tossicodipend	23	693	64	471	80	581	2.447	7	391	95	98	73	225	5.204	
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza agli anziani	24	289	24	1.474	22	291	1.225	2	158	68	38	16	246	3.834	
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati termina	25	3	3	77	8	8	-	-	-	-	-	-	-	91	
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza a persone affette	26	1	1	8	47	329	2.042	2	262	106	61	58	342	3.866	
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza psichiatrica	27	471	50	96	4	53	239	4	35	36	8	4	382	3.806	
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	28	65	6	42	6	10	66	0	6	12	2	0	31	186	
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	29	9	1	337	1	19	60	0	9	5	2	0	168	613	
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza a persone affette da HIV	30	12	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai malati terminali	31	-	-	20	5	203	838	0	136	47	18	3	210	3.419	
Ass. territoriale residenziale - Assistenza psichiatrica	32	139	15	1.713	3	43	141	0	32	19	6	47	339	7.272	
Ass. territoriale residenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	33	36	2	6.603	38	4	7	-	2	8	0	1	2	1.548	
Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	35	-	-	937	1	46	112	0	15	8	3	2	170	1.321	
Ass. territoriale residenziale - Assistenza agli anziani	36	21	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ass. territoriale residenziale - Assistenza a persone affette da HIV	37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai malati terminali	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Assistenza idrotermale	39	-	-	1.603	7	7	10	-	3	-	0	12	2	1.637	
TOTALE ASSISTENZA DISTRETTUALE	40	37.162	2.071	253.401	4.039	10.895	40.259	59	4.917	4.171	1.625	1.599	9.519	360.716	
Attività di pronto soccorso	41	4.441	314	4.239	522	3.403	12.634	10	1.527	407	377	347	1.227	29.328	
Ass. ospedaliera per acuti in Day Hospital e Day Surgery	42	10.191	590	6.177	924	6.332	22.506	15	2.323	829	899	559	1.333	52.690	
Ass. ospedaliera per acuti in degenza ordinaria	43	38.986	2.402	53.251	4.731	25.343	84.146	53	9.172	3.454	3.429	2.347	5.512	232.826	
Interventi ospedalieri a domicilio	44	5	0	-	1	4	6	0	0	0	1	1	1	19	
Ass. ospedaliera per lungodegenti	45	39	1	1.980	-	47	543	0	106	25	10	13	185	7.722	
Ass. ospedaliera per riabilitazione	46	142	5	5.281	20	216	538	0	17	7	7	22	64	6.475	
Emocomponenti e servizi trasfusionali	47	1.201	40	21	373	352	1.333	0	66	25	46	22	57	3.556	
Trapianto organi e tessuti	48	340	24	5	20	125	477	0	21	9	23	16	30	1.092	
TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA	49	55.345	3.378	70.976	8.390	35.923	122.202	78	13.234	4.757	4.789	3.305	8.348	328.618	
TOTALE	50	98.224	5.826	324.376	11.853	50.522	176.536	183	19.454	10.293	6.787	5.177	18.868	724.938	



Descrizione livello	Ordine espositivo e	Consumi e		Costi per acquisiti di servizi		Personale del ruolo professionistico		Personale del ruolo amministrativo		Ammortamenti	Sopravvissenze	Oneri finanziari e altri costi	Totale
		Sanitari	Non sanitari	Prestiti sanitarie	Servizi erogati	Servizi non sanitari	Personale del ruolo professionistico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti				
Igiene e sanità pubblica	1	502	75	-	23	944	1.840	2	362	207	72	44	177
Igiene degli alimenti e della nutrizione	2	291	40	-	18	280	1.118	1	169	85	39	27	106
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	3	303	55	-	21	434	2.236	36	191	124	52	29	104
Sanità pubblica veterinaria	4	923	92	-	1.022	814	4.047	2	139	113	80	55	179
Attività di prevenzione rivolte alle persone	5	1.436	77	-	127	916	2.057	4	219	274	69	51	127
Servizio medico legale	6	340	42	-	24	484	1.771	2	223	503	64	41	142
TOTALE ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE D.V.	7	3.796	381	-	1.235	3.873	13.070	46	1.304	1.306	376	247	835
Guardia medica	8	79	53	7.109	34	139	486	0	19	42	5	26	8.032
Medicina generale - Medicina generica	9	834	559	36.675	837	1.209	3.132	10	631	1.216	147	26	19
Medicina generale - Pediatria di libera scelta	10	171	70	9.057	71	326	852	3	202	327	37	128	45.755
Emergenza sanitaria territoriale	11	818	419	2.357	319	585	2.932	2	620	217	83	65	81
Ass. farmaceutica - Assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie	12	1.925	7	82.107	7	64	321	0	29	70	10	13	195
Ass. farmaceutica - Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	13	22.678	69	621	166	705	989	1	118	159	47	46	1.048
Assistenza integrativa	14	141	6	7.590	4	72	276	0	32	41	4	21	26.882
Assistenza specialistica - Attività clinica	15	2.111	200	31.399	4	1.486	6.422	5	509	474	345	223	87
Assistenza specialistica - Attività di laboratorio	16	2.460	102	22.934	1332	1.085	3.443	3	270	270	182	108	758
Assistenza specialistica - Attività di diagnostica strumentale e per imaging	17	1.236	84	9.294	183	815	2.492	3	191	239	187	206	963
Assistenza protesica	18	2.146	100	6.498	22	238	830	2	170	133	32	74	1.297
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza programmata a	19	299	27	3.659	55	278	920	2	72	75	31	15	158
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza alle donne, fami	20	220	27	132	55	571	2.871	5	244	106	78	24	
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza psichiatrica	21	918	168	333	62	1.346	5.824	4	579	214	158	120	4.454
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza riabilitativa ai di	22	918	26	14.889	325	493	1.271	3	180	191	40	101	1.200
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai tossicodipend	23	708	64	489	61	586	2.446	7	391	95	98	66	473
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati termine	24	275	24	1.469	22	294	1.225	2	158	68	38	14	226
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati termine	25	3	3	77	8	8	-	-	-	-	-	-	247
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza a persone affette	26	1	50	96	48	332	2.042	2	262	106	61	52	342
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza psichiatrica	27	481	6	2.958	6	53	239	4	35	12	8	4	383
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	28	66	9	42	6	10	66	0	5	36	2	0	31
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	29	9	1	336	1	19	60	0	9	5	2	0	168
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza a persone affette da HIV	30	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	613
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai malati terminali	31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai malati terminali	32	-	-	20	5	205	838	0	136	47	18	2	28
Ass. territoriale residenziale - Assistenza psichiatrica	33	142	15	1.707	39	444	141	0	32	19	6	55	210
Ass. territoriale residenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	34	37	3	6.580	3	44	7	0	2	-	0	0	339
Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	35	-	-	1.527	-	4	112	0	2	-	0	2	2
Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	36	21	7	933	1	46	-	0	15	8	3	2	170
Ass. territoriale residenziale - Assistenza agli anziani	37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ass. territoriale residenziale - Assistenza a persone affette da HIV	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai malati terminali	39	-	-	1.597	-	7	-	-	3	-	0	11	-
Assistenza idrotermale	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE ASSISTENZA DISTRETTUALE	40	37.964	2.081	252.436	4.076	11.002	40.245	59	4.816	4.170	1.625	1.441	9.535
Attività di pronto soccorso	41	4.536	317	4.284	325	3.437	12.549	10	1.527	407	377	312	1.229
Ass. ospedaliera per acuti in Day Hospital e Day Surgery	42	10.411	596	6.155	933	6.394	22.498	15	2.323	829	899	504	1.336
Ass. ospedaliera per acuti in degenza ordinaria	43	39.827	2.426	53.061	4.774	25.592	84.117	53	9.170	3.453	3.429	2.115	5.521
Interventi ospedalieri a domicilio	44	827	0	-	1	4	6	0	0	0	1	1	19
Ass. ospedaliera per lungodegenze	45	40	1	1.953	-	48	543	0	106	25	10	12	2.716
Ass. ospedaliera per riabilitazione	46	146	5	5.242	20	218	538	0	174	7	10	186	6.401
Emocomponenti e servizi trasfusionali	47	1.227	40	21	2	356	1.332	0	66	25	46	20	3.567
Trapianto organi e tessuti	48	347	24	5	20	127	476	0	61	9	23	15	1.099
TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA	49	55.539	3.412	70.721	6.448	36.175	124.161	78	13.231	4.786	4.785	2.973	8.380
TOTALE	50	93.503	5.493	323.157	17.524	47.177	176.406	125	19.250	10.231	6.787	4.414	18.729

Descrizione livello	Ordine esposizioni e	manufatti di		Costi per acquisti di servizi sanitari per erogazione	Servizi non sanitari	Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvivenze	Oneri finanziari e altri costi	Totale	
		Sanitari	Non sanitari											
Igiene e sanità pubblica	1	472	73	-	23	926	1.841	2	362	207	72	54	194	4.227
Igiene degli alimenti e della nutrizione	2	274	39	-	17	274	1.119	1	169	85	39	33	115	2.167
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	3	285	54	-	21	426	2.238	36	191	124	52	36	114	3.575
Sanità pubblica veterinaria	4	888	90	-	1.004	798	4.050	4	139	113	80	67	195	7.406
Attività di prevenzione rivolte alle persone	5	1.351	75	-	125	898	2.059	4	220	274	69	63	139	5.277
Servizio medico legale	6	320	41	-	24	474	1.772	2	223	503	64	50	155	3.627
TOTALE ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI V.	7	3.571	312	-	1.213	3.296	13.079	46	1.304	1.306	376	304	812	26.230
Guardia medica	8	75	51	7.178	53	136	487	0	19	42	5	32	20	8.099
Medicina generale - Medicina generica	9	785	545	37.032	822	1.186	3.135	0	632	1.217	147	156	411	46.078
Medicina generale - Pediatra di libera scelta	10	161	68	9.145	69	320	852	3	202	327	37	27	88	11.300
Emergenza sanitaria territoriale	11	770	409	2.380	313	574	2.934	0	620	217	83	80	213	8.595
Ass. farmaceutica - Assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie	12	1.811	7	82.907	7	63	321	2	29	70	10	10	18	86.386
Ass. farmaceutica - Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	13	21.331	67	627	163	691	990	1	118	159	47	56	1.146	25.654
Assistenza integrativa	14	133	6	7.664	4	71	276	0	32	41	4	26	95	8.351
Assistenza specialistica - Attività clinica	15	1.986	195	31.705	1.308	1.457	6.426	5	509	474	345	275	828	45.515
Assistenza specialistica - Attività di laboratorio	16	2.314	100	23.158	181	1.044	3.445	3	270	270	182	133	1.053	32.153
Assistenza specialistica - Attività di diagnostica strumentale e per imaging	17	1.163	82	9.355	386	800	2.694	3	191	239	187	253	1.418	16.569
Assistenza protesica	18	2.019	26	6.562	54	273	830	2	72	133	32	91	173	10.291
Assistenza protesica	19	281	97	3.695	54	560	2.873	5	245	106	78	29	63	5.583
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza programmata a	20	207	27	133	61	1.320	5.828	4	579	214	158	148	131	4.449
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza alle donne, fami	21	864	164	387	319	483	1.272	4	180	191	40	81	546	10.274
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza riabilitativa ai dis	22	161	25	15.034	60	575	2.448	3	391	95	98	125	517	18.351
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai tossicodipend	23	696	63	414	22	288	1.226	2	158	68	38	18	270	5.203
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza agli anziani	24	258	3	78	8	326	2.043	2	262	106	61	65	374	3.884
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza a persone affetti	25	3	49	96	47	52	239	4	35	36	8	5	419	3.858
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza psichiatrica	26	1	6	2.987	5	10	66	0	12	5	2	0	33	188
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	27	452	1	43	6	19	60	0	9	5	2	0	194	631
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza agli anziani	28	9	1	339	1	5	201	0	136	47	18	68	230	3.448
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza a persone affette da HIV	29	11	15	20	5	839	141	0	32	19	6	52	371	7.348
Ass. territoriale residenziale - Assistenza psichiatrica	30	133	2	6.644	3	43	141	0	2	8	0	1	2	1.558
Ass. territoriale residenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	31	35	7	1.542	1	45	112	0	15	8	3	2	186	1.342
Ass. territoriale residenziale - Assistenza agli anziani	32	20	7	942	1	124	477	0	68	21	23	18	62	3.490
Ass. territoriale residenziale - Assistenza a persone affette da HIV	33	37	38	1.724	38	201	839	0	105	7	10	15	203	6.459
Ass. territoriale residenziale - Assistenza psichiatrica	34	133	15	20	5	839	141	0	32	19	6	52	371	7.348
Ass. territoriale residenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	35	35	2	6.644	3	43	141	0	2	8	0	1	2	1.558
Ass. territoriale residenziale - Assistenza agli anziani	36	20	7	942	1	124	477	0	68	21	23	18	62	3.490
Ass. territoriale residenziale - Assistenza a persone affette da HIV	37	37	38	1.724	38	201	839	0	105	7	10	15	203	6.459
Ass. territoriale residenziale - Assistenza psichiatrica	38	37	38	1.724	38	201	839	0	105	7	10	15	203	6.459
Assistenza infermieristica	39	-	-	1.613	-	7	10	-	-	-	0	-	-	-
TOTALE ASSISTENZA DISTRETTUALE	40	35.709	2.040	254.956	4.093	10.789	40.274	59	4.918	4.172	1.625	1.774	10.432	370.741
Attività di pronto soccorso	41	4.257	310	4.326	319	3.370	12.658	10	1.528	407	377	385	1.344	29.300
Ass. ospedaliera per acuti in Day Hospital e Day Surgery	42	9.793	582	6.215	916	6.271	22.614	15	2.324	830	899	620	1.459	52.438
Ass. ospedaliera per acuti in degenza ordinaria	43	37.492	2.387	53.978	4.689	25.097	84.178	53	9.174	3.454	3.429	2.604	6.035	232.120
Interventi ospedalieri a domicilio	44	38	0	0	1	4	6	0	0	0	1	1	1	19
Ass. ospedaliera per Urgenti	45	38	3	1.972	20	47	544	0	105	25	10	15	203	2.732
Ass. ospedaliera per riabilitazione	46	1.137	1	3.293	389	214	1.333	0	7	7	24	24	62	3.490
Emocomponenti e servizi trasfusionali	47	1.324	24	21	20	349	1.333	0	68	21	23	18	62	3.490
Trapianti organi e tessuti	48	327	24	6	369	124	477	0	9	9	46	46	33	1.081
TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA	49	53.181	3.328	71.418	6.334	38.475	122.249	78	13.237	4.758	4.785	3.667	9.137	327.639
TOTALE	50	32.491	5.240	320.368	11.699	50.260	179.002	133	15.439	10.235	6.789	5.749	20.817	724.680

Descrizione livello	Ordine espositivo e	Consuntivi e		Costi per acquisti di servizi		Servizi per		Servizi non		Personale del ruolo sanitario		Personale del ruolo profession		Personale del ruolo tecnico		Personale del ruolo amministrati		Soppravv		Oneri		Totale	
		Sanitari	Non sanitari	Prestiti sanitarie	Sanitari	non sanitarie	Sanitari	non Sanitari	Sanitari	non Sanitari	Sanitari	non Sanitari	Sanitari	non Sanitari	Sanitari	non Sanitari	Sanitari	non Sanitari	Sanitari	non Sanitari	Sanitari		non Sanitari
Igiene e sanità pubblica	1	479	75	-	-	23	915	1.811	2	359	203	73	39	40	30	202	4.328						
Igiene degli alimenti e della nutrizione	2	278	40	-	-	18	271	1.101	1	168	84	40	30	202	4.328								
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	3	889	55	-	-	21	421	2.201	36	189	122	52	32	32	199	3.617							
Sanità pubblica veterinaria	4	880	92	-	-	1.008	789	3.984	2	138	111	81	61	341	7.487								
Attività di prevenzione rivolte alle persone	5	1.370	77	-	-	125	888	2.025	4	218	289	70	57	243	5.346								
Servizio medico legale	6	324	42	-	-	24	469	1.743	2	221	493	64	45	271	3.698								
TOTALE ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE D.V.	7	3.621	341	-	-	1.216	3.753	12.985	46	1.293	1.281	381	274	1.694	26.707								
Guardia medica	8	76	53	6.956	53	53	135	479	0	19	41	5	29	36	7.882								
Medicina generale - Medicina geriatrica	9	796	559	35.899	826	826	1.172	3.083	10	626	1.193	149	140	154	45.163								
Medicina generale - Pediatria di libera scelta	10	163	70	8.863	70	316	316	838	3	200	321	37	25	199	11.060								
Emergenza sanitaria territoriale	11	780	419	2.307	315	567	2.886	2.886	2	615	213	84	72	372	8.632								
Ass. farmaceutica - Assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie	12	1.837	7	80.346	7	62	316	973	0	29	68	10	14	2.002	84.698								
Ass. farmaceutica - Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	13	21.630	69	608	163	684	70	2.453	1	117	156	48	51	2.453	26.952								
Assistenza integrativa	14	135	6	7.427	4	70	32	40	0	32	40	4	23	166	8.179								
Assistenza specialistica - Attività clinica	15	2.014	200	30.726	102	1.314	1.441	6.321	5	505	465	349	248	1.443	45.035								
Assistenza specialistica - Attività di laboratorio	16	2.346	102	22.442	182	1.033	1.033	3.389	3	268	285	184	120	32.174	1.840								
Assistenza specialistica - Attività di diagnostica strumentale e per imaging	17	1.179	84	9.066	388	791	231	2.453	3	189	235	189	228	1.840	17.284								
Assistenza protesica	18	2.047	27	6.359	21	817	817	168	2	168	130	32	82	301	10.217								
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza programmata a	19	285	100	3.581	55	270	906	2.826	2	72	73	31	17	110	5.501								
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza alle donne - fami	20	210	27	129	54	54	54	2.826	4	242	104	79	28	229	4.487								
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza psichiatrica	21	876	188	375	61	1.305	5.733	4	574	210	160	150	133	954	10.594								
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza riabilitativa ai di	22	154	64	14.570	320	478	1.251	478	3	178	188	41	113	904	18.234								
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai tossicodipend	23	675	64	459	60	568	2.408	1.206	7	388	93	99	73	5325	5.325								
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza agli anziani	24	282	24	1.437	22	285	8	2.106	2	157	67	39	15	471	3.997								
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati termina	25	3	3	75	8	8	8	2.106	2	260	104	62	58	654	4.121								
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza psichiatrica	26	1	50	93	47	322	2.106	235	4	35	36	8	4	731	4.074								
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	27	459	6	2.895	5	52	65	9	0	12	211	2	0	59	757								
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	28	63	1	328	1	19	59	1.110	0	9	5	2	0	322									
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza a persone affette da HIV	29	11	1	20	5	199	825	135	0	135	46	18	3	401	3.545								
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai malati terminali	30	11	1	6.771	38	38	138	19	0	32	19	7	47	648	7.412								
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	31	11	1	1.494	3	42	7	110	0	2	8	3	1	1.511	1.511								
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza a persone affette da HIV	32	135	15	20	5	199	825	135	0	135	46	18	3	401	3.545								
Ass. territoriale residenziale - Assistenza psichiatrica	33	36	3	6.439	3	42	7	110	0	2	8	3	1	1.511	1.511								
Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	34	20	7	913	1	45	7	110	0	2	8	3	1	325	325								
Ass. territoriale residenziale - Assistenza agli anziani	35	20	7	913	1	45	7	110	0	2	8	3	1	325	325								
Ass. territoriale residenziale - Assistenza a persone affette da HIV	36	20	7	913	1	45	7	110	0	2	8	3	1	325	325								
Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai malati terminali	37	38	38	1.563	7	7	10	39.615	59	4.878	4.090	1.643	1.699	18.218	1.599								
Assistenza idrotermale	38	38	38	1.563	7	7	10	39.615	59	4.878	4.090	1.643	1.699	18.218	1.599								
TOTALE ASSISTENZA DISTRETTUALE	40	36.210	2.090	247.083	4.021	10.668	39.615	120.249	78	13.324	10.034	4.864	4.838	15.989	370.167								
Attività di pronto soccorso	41	4.327	317	4.192	320	6.302	12.451	22.146	10	1.515	399	381	347	2.348	29.940								
Ass. ospedaliera per acuti in Day Hospital e Day Surgery	42	9.930	596	6.023	920	3.200	2.546	8.201	15	2.304	813	909	559	2.550	52.967								
Ass. ospedaliera per acuti in degenza ordinaria	43	37.987	2.425	51.923	4.710	24.814	82.801	9.096	0	3.387	3.467	1	1	10.548	233.557								
Interventi ospedalieri a domicilio	44	5	0	1.911	1	4	6	535	0	105	24	11	13	354	2.661								
Ass. ospedaliera per lungodegenti	45	38	1	5.130	20	211	529	1.311	0	17	17	11	13	6.437	6.437								
Ass. ospedaliera per riabilitazione	46	139	5	20	20	345	1.311	469	0	66	25	47	22	3.527	3.527								
Emocomponenti e servizi trasfusionali	47	1.170	40	24	20	123	469	1.311	0	21	9	23	15	1.100	1.100								
Trapianto organi e tessuti	48	331	24	5	5	38.076	120.249	174.730	78	13.324	10.034	4.864	4.838	15.989	370.167								
TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA	49	53.927	3.410	69.205	6.367	38.076	120.249	174.730	78	13.324	10.034	4.864	4.838	15.989	370.167								
TOTALE	50	87.758	5.501	316.288	11.387	48.744	240.264	314.945	126	26.648	20.068	9.728	9.677	31.978	740.334								

Descrizione livello	Ordine espositivo e	Consumi e manutenzioni di		Costi per acquisiti di servizi	Servizi per	Servizi non	Personale del ruolo	Personale del ruolo	Personale del ruolo	Personale del ruolo	Personale del ruolo	Personale del ruolo	Personale del ruolo	Sopravvivenze	Oneri finanziari e altri costi	Totale
		Sanitari	Non sanitari													
Igiene e sanità pubblica	1	478	77	-	22	895	1.795	2	357	199	75	44	338	4.282		
Igiene degli alimenti e della nutrizione	2	277	41	-	17	265	1.091	1	167	82	41	27	201	2.210		
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	3	289	57	-	20	412	2.181	36	188	120	53	29	198	3.583		
Sanità pubblica veterinaria	4	879	95	-	985	772	3.948	2	137	109	83	55	340	7.403		
Attività di prevenzione rivolte alle persone	5	1.367	79	-	122	859	2.007	4	216	264	72	51	242	5.294		
Servizio medico legale	6	324	43	-	23	459	1.728	2	220	485	66	41	270	3.659		
TOTALE ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI V.	7	3.614	392	-	1.190	3.672	12.748	46	1.284	1.289	390	247	1.689	26.431		
Guardia medica	8	75	54	6.881	52	132	474	0	19	41	5	26	36	7.706		
Medicina generale - Medicina generica	9	794	575	35.503	807	1.147	3.055	10	622	1.173	153	128	716	44.682		
Medicina generale - Pediatria di libera scelta	10	163	72	8.768	68	309	831	3	199	316	38	22	153	12.941		
Emergenza sanitaria territoriale	11	779	431	2.282	307	555	2.860	2	610	209	86	55	371	8.558		
Ass. farmaceutica - Assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie	12	1.833	8	79.483	7	61	313	0	28	67	10	13	1.995	83.818		
Ass. farmaceutica - Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	13	21.585	71	602	160	669	964	1	116	153	49	46	2.444	26.859		
Assistenza integrativa	14	134	6	7.348	4	69	269	0	32	39	5	21	165	8.091		
Assistenza specialistica - Attività clinica	15	2.009	206	30.396	1.283	1.410	6.284	5	501	457	358	223	1.443	44.555		
Assistenza specialistica - Attività di laboratorio	16	2.341	105	22.201	178	1.010	3.358	3	266	280	189	108	1.833	31.853		
Assistenza specialistica - Attività di diagnostica strumentale e per immagini	17	1.177	87	8.968	379	773	2.431	3	188	231	194	206	300	17.104		
Assistenza protesica	18	2.043	27	6.291	21	226	809	2	167	128	33	74	469	10.121		
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza programmata a	19	284	103	3.542	53	284	898	2	71	72	32	15	110	5.446		
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza alle donne, fami	20	209	28	128	53	542	2.800	5	241	102	81	24	228	4.442		
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza psichiatrica	21	874	173	371	60	1.277	5.681	4	570	207	164	120	951	10.451		
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza riabilitativa ai di	22	163	26	14.413	313	467	1.240	3	177	185	42	101	901	18.031		
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai tossicodipend	23	674	66	454	59	556	2.386	7	385	91	102	66	429	5.274		
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza agli anziani	24	262	25	1.422	21	279	1.195	2	156	65	40	14	459	3.950		
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati termine	25	3	3	75	7	7	1.195	2	156	65	40	14	459	3.950		
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza a persone affetti	26	1	1	8	1	1	1.195	2	156	65	40	14	459	3.950		
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza psichiatrica	27	468	52	92	46	315	1.991	2	258	103	64	52	652	4.084		
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	28	63	6	2.864	5	51	233	4	35	35	8	4	79	4.036		
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	29	9	1	41	6	10	64	0	6	12	2	0	208	209		
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza agli anziani	30	11	2	325	1	18	58	0	8	5	2	0	320	751		
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza a persone affette da HIV	31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai malati terminali	32	-	-	20	5	-	-	-	-	-	-	-	-	2	27	
Ass. territoriale residenziale - Assistenza psichiatrica	33	135	15	1.653	37	195	817	0	134	45	19	55	400	3.505		
Ass. territoriale residenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	34	35	3	6.369	3	42	137	0	31	19	7	42	645	7.333		
Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	35	-	-	1.478	-	3	7	-	2	-	0	0	3	1.495	3	
Ass. territoriale residenziale - Assistenza agli anziani	36	20	7	904	1	44	109	0	15	8	4	2	324	1.436		
Ass. territoriale residenziale - Assistenza a persone affette da HIV	37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai malati terminali	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Assistenza idrotermale	39	-	-	1.546	-	7	10	-	3	-	0	11	4	1.581		
TOTALE ASSISTENZA DISTRETUALE	40	36.134	2.152	244.427	3.328	16.436	36.255	59	4.842	4.022	1.685	1.441	1.441	18.149	366.528	
Attività di pronto soccorso	41	4.318	326	4.147	819	3.280	12.338	10	1.504	393	391	312	2.340	29.852		
Ass. ospedaliera per acuti in Day Hospital e Day Surgery	42	9.908	614	5.959	898	6.065	21.945	15	2.288	800	932	504	2.541	52.470		
Ass. ospedaliera per acuti in degenza ordinaria	43	37.908	2.497	51.365	4.801	24.275	82.047	53	9.033	3.331	3.555	2.115	10.510	231.288		
Interventi ospedalieri a domicilio	44	5	0	0	1	3	6	0	0	0	1	1	1	19		
Ass. ospedaliera per lungodegenti	45	138	38	1.891	1	45	530	0	104	24	11	12	353	2.633		
Ass. ospedaliera per riabilitazione	46	38	6	5.074	19	207	1.300	0	17	7	11	12	6.369	3.495		
Emocomponenti e servizi trasfusionali	47	1.168	42	20	362	338	1.300	0	65	24	48	20	109	3.495		
Trapianto organi e tessuti	48	331	25	5	19	120	465	0	21	9	23	15	58	1.091		
TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA	49	53.814	3.510	68.487	6.276	34.313	119.154	78	13.033	4.887	4.981	2.978	15.972	327.017		
TOTALE	50	93.952	6.064	312.089	11.332	46.320	171.392	105	19.739	9.909	7.036	4.808	35.048	719.577		



Descrizione livello	Ordine esecutiva	Governi e istituzioni di riferimento	Costi per acquisti di servizi		Servizi sanitari per erogazione di prestazioni	Servizi non sanitari	Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico amministrativo	Ammortamenti	Sopraavvenienze e altri costi	Totale
			Non sanitari	Sanitari								
Igiene e sanità pubblica	1	491	79	-	-	22	881	1.782	184	77	40	4.097
Piemonte sanità pubblica	2	259	59	-	21	254	1.071	348	184	42	24	2.102
Sanità pubblica veneta	3	256	61	-	17	244	1.110	348	184	42	24	2.102
Sanità pubblica lombarda	4	884	86	-	982	3.876	3.876	13	208	86	46	7.452
Attività di prevenzione rivolte alle persone	5	1.376	91	-	133	884	1.871	257	257	75	46	5.151
Servizio medico legale	6	325	44	-	214	1.695	2	214	472	88	37	3.468
TOTALE ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO	7	3.539	399	491	1.388	3.853	12.519	1.228	1.228	404	222	25.949
Chirurgia maxillo-facciale	8	76	55	-	6.813	813	465	21	40	5	14	7.702
Medicina generale - Medicina geriatrica	9	799	585	-	35.151	813	1.141	3.000	1.141	158	114	43.945
Medicina generale - Patologia di base scuola	10	164	73	-	8.699	609	816	91	307	40	20	10.764
Emergenza sanitaria territoriale	11	124	439	-	2.229	309	2.807	2	203	89	59	8.221
Ass. farmacia - Assistenza farmacia erogata tramite le farmacie convenzionate	12	1.948	78	-	78.686	81	307	0	105	10	12	1.183
Ass. farmacia - Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	13	211	6	-	161	161	28	0	18	5	14	2.863
Assistenza infermieristica	14	138	7	-	7.725	68	287	0	18	5	14	1.449
Assistenza specialistica - Attività clinica	15	2.022	210	-	30.095	1.202	1.403	5	445	371	201	43.538
Assistenza specialistica - Attività di diagnostica strumentale e per immagini	16	2.566	107	-	21.881	1.005	6.151	2	253	195	98	30.822
Assistenza specialistica - Attività di diagnostica strumentale e per immagini	17	1.944	88	-	8.860	770	3.287	3	224	185	185	11.687
Assistenza specialistica - Attività di diagnostica strumentale e per immagini	18	2.055	104	-	8.228	225	2.785	2	124	34	14	11.464
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza programmata a domicilio (ADI)	19	286	286	-	3.507	54	881	2	70	33	33	5.348
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza alle donne, famiglie, coppie (convulion)	20	211	211	-	368	60	539	4	90	84	22	4.289
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza riabilitativa ai disabili	21	679	176	-	14.270	315	2.750	5	235	170	108	9.959
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza riabilitativa ai disabili	22	694	217	-	14.270	465	1.217	7	173	43	91	654
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza agli anziani	23	694	217	-	14.270	465	1.217	7	173	43	91	654
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza agli anziani	24	694	217	-	14.270	465	1.217	7	173	43	91	654
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati terminali	25	265	25	-	1.400	22	22	2	94	41	13	3.040
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati terminali	26	3	3	-	74	74	1	0	0	0	0	87
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati terminali	27	1	52	-	82	46	1.955	2	100	66	47	3.773
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati terminali	28	461	52	-	82	46	1.955	2	100	66	47	3.773
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati terminali	29	63	6	-	2.836	5	229	4	34	9	3	432
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati terminali	30	9	6	-	40	6	63	0	11	2	0	703
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati terminali	31	11	7	-	322	18	57	0	4	2	0	618
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati terminali	32	11	7	-	322	18	57	0	4	2	0	618
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati terminali	33	19	16	-	10	194	803	0	44	19	50	237
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati terminali	34	36	3	-	6.306	41	135	0	16	7	38	3.303
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati terminali	35	36	3	-	6.306	41	135	0	16	7	38	3.303
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati terminali	36	20	7	-	895	3	107	0	7	4	1	7.000
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati terminali	37	20	7	-	895	3	107	0	7	4	1	7.000
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati terminali	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	182
TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA	48	54.146	3.574	67.705	6.208	34.144	111.009	78	4.482	5.196	2.985	9.348
TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA	50	84.138	6.164	308.790	11.432	48.182	181.075	163	18.697	7.286	4.206	31.742

2