



# Regione Molise

Integrazioni e correzioni ai Programmi Operativi 2013 – 2015

Aggiornamento per gli esercizi 2014 e 2015

**Integrazione rispetto alla versione inviata il 10.12.2013 (Prot. SIVEAS 242\_A/2013) a seguito delle osservazioni contenute nei verbali del Tavolo di Verifica del 16.07.2013, del 21.11.2013 e del 19.02.2014 e del parere (Prot. SIVEAS 19\_P/2014).**

# Indice

<b>Introduzione</b>	<b>4</b>
<b>I risultati dell'esercizio 2013</b>	<b>6</b>
Risultato di gestione IV Trimestre 2013 Vs Programmatico P.O. 2013-2015	6
<b>Tendenziali e programmatici 2014-2015</b>	<b>10</b>
Tendenziali 2014-2015	10
RICAVI	13
Programmatico	16
Valorizzazioni manovre e sintesi impatto per gli esercizi 2014 e 2015	18
<b>Aggiornamento e integrazione ai PO 2013-2015</b>	<b>20</b>
<b>Programma 1: Governance del PO</b>	<b>20</b>
Intervento 1.1: Potenziamento del nucleo di coordinamento	20
Azione 1.1.1: Aggiornamento composizione ed obiettivi NCCP	20
Azione 1.1.2: Le Funzioni della Direzione Generale ASReM.	21
Intervento 1.2: Adempimenti LEA	25
Azione 1.2.1: Superamento degli adempimenti LEA	25
<b>Programma 2: Attuazione del D.Lgs. n. 118/2011</b>	<b>26</b>
Intervento 2.1: Attuazione delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011	26
<b>Programma 3: Certificabilità dei bilanci del SSR</b>	<b>27</b>
Intervento 3.1: Certificabilità dei bilanci del SSR	27
Azione 3.1.1: Attuazione PAC	27
<b>Programma 4: Flussi informativi</b>	<b>27</b>
Intervento 4.1: Potenziamento e miglioramento dei flussi informativi gestionali e contabili.	
Implementazione nuovi flussi	27
<b>Programma 5: Accredimento</b>	<b>27</b>
Intervento 5.1: Proseguimento del processo di accreditamento istituzionale	27
Azione 5.1.1: Individuazione del fabbisogno di prestazioni per tutte le tipologie assistenziali (sanitarie e socio-sanitarie), e conseguente definizione del fabbisogno di offerta, articolato per ciascun livello di assistenza	27
Azione 5.1.2: Conclusione processo di accreditamento istituzionale	27
<b>Programma 7: Rapporti con gli erogatori</b>	<b>28</b>
Intervento 7.1: Ricognizione e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni territoriali	28
Azione 7.1.1: Aggiornamento e correzione delle tariffe per prestazioni territoriali.	28
Intervento 7.2: Stipula intese e contratti con erogatori privati accreditati	28
Azione 7.2.1: Allineamento budget di spesa in base alla normativa vigente e conseguente sottoscrizione dei contratti.	28
Intervento 7.3: Rapporto con le Università	29
Azione 8.1.1: Regolazione rapporti con l'Università del Molise.	29
<b>Programma 8: Formazione e comunicazione ai cittadini</b>	<b>29</b>
Intervento 8.1: Potenziamento della formazione del personale e della comunicazione ai cittadini	29
Azione 8.1.1: Organizzazione del sistema di formazione continua ai sensi degli Accordi Stato Regioni 1° agosto 2007, 5 novembre 2009 e 19 aprile 2012	29
<b>Programma 9: Razionalizzazione della spesa</b>	<b>30</b>
Intervento 9.1: Razionalizzazione della spesa per l'acquisto di beni e servizi	30
<b>Programma 10: Gestione del personale</b>	<b>30</b>
Intervento 10.1: Contenimento della spesa per il personale	30
Azione 10.1.1: Politica di blocco del turn over e politiche di contenimento della spesa di altre tipologie di personale per gli anni 2013-2015	30
<b>Programma 11: Sanità pubblica</b>	<b>30</b>

Intervento 11.1: Attività di prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare	30
<b>Programma 12: Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare</b>	<b>30</b>
Intervento 12.1: Sanità pubblica veterinaria e Sicurezza alimentare	30
<b>Programma 13: Reti assistenziali per intensità di cure</b>	<b>30</b>
<b>Programma 14: Riequilibrio Ospedale-Territorio</b>	<b>31</b>
Intervento 14.1: La Rete Ospedaliera	31
Azione 14.1.1: Riassetto Rete Ospedaliera regionale e recupero della mobilità passiva regionale	34
Azione 14.1.2: Integrazione tra ASReM (Presidio Ospedaliero "Cardarelli") e Fondazione di Ricerca e Cura "Giovanni Paolo II"	38
Azione 14.1.3: Reti cliniche	38
Intervento 14.2: Specialistica ambulatoriale	40
Intervento 14.3: La rete territoriale	41
Azione 14.3.1: I distretti	41
Azione 14.3.2: I Presidi Territoriali di Assistenza (PTA)	43
Azione 14.3.3: Le Associazioni Funzionali territoriali	44
Azione 14.3.4: La Porta Unica di Accesso	45
Azione 14.3.5: L'assistenza domiciliare	46
Azione 14.3.6: L'assistenza residenziale e semiresidenziale	47
Azione 14.3.7: Il Piano di riabilitazione extra ospedaliero	50
Intervento 14.4: Le cure intermedie	52
Azione 14.4.1: Hospice, terapia del dolore e rete delle cure palliative	52
Azione 14.4.2: L'ospedale di comunità	53
Intervento 14.5: Riorganizzazione altri servizi di assistenza territoriale	54
Azione 14.5.1: Riorganizzazione dei distretti e dell'assistenza primaria	54
Azione 14.5.2: Servizio di emergenza territoriale - 118	55
Azione 14.5.3: Dipartimenti funzionalmente collegati al distretto	56
Intervento 14.6: Piano degli investimenti	61
Azione 14.6.1: Riordino della rete infrastrutturale sanitaria e Piano degli investimenti	61
<b>Programma 15: Rete Emergenza-Urgenza</b>	<b>64</b>
Intervento 15.1: Riqualificazione Rete Emergenza-Urgenza	64
<b>Programma 16: Sanità penitenziaria</b>	<b>64</b>
Intervento 16.1: Potenziamento Sanità Penitenziaria	64
Azione 16.1.1: Definizione nuovo assetto organizzativo per la Sanità Penitenziaria	65
<b>Programma 17: Assistenza farmaceutica</b>	<b>66</b>
Intervento 17.1: Razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata/territoriale	66
Intervento 17.2: Razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera	66
<b>Programma 18: Sicurezza e rischio clinico</b>	<b>66</b>
Intervento 18.1: Azioni di governo clinico e riduzione del rischio clinico	66
Azione 18.1.1: Programmazione e Organizzazione del Sistema di Qualità Aziendale.	67
Azione 18.1.2: Implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella Terapia Oncologica (Raccomandazione n. 14, ottobre 2012 Ministero della Salute)	68
Azione 18.1.3: Ricerca e Sviluppo	68
<b>Allegati</b>	<b>70</b>
<b>Direttive per l'avvio del sistema di programmazione e controllo dell'ASReM</b>	<b>70</b>
<b>Tabelle di dettaglio sulla composizione della rete ospedaliera regionale</b>	<b>73</b>

# Introduzione

La Regione riconosce nella riorganizzazione delle reti di erogazione delle prestazioni e dei processi produttivi la misura prevalente e di immediata applicazione per la riqualificazione del SSR, in grado di ridurre contestualmente i costi di produzione dei servizi direttamente erogati dall'Azienda Sanitaria Regionale.

Riconosce, altresì, che il controllo economico delle strutture sanitarie pubbliche e degli altri soggetti che operano nel SSR (medici di famiglia, privati accreditati) è condizione necessaria per garantire l'economicità complessiva del servizio, intesa come sintesi inscindibile di efficacia delle prestazioni (garanzia dei LEA) ed efficienza (mantenimento del vincolo di bilancio connesso al finanziamento del FSR).

Il ricorso ad elevate aliquote fiscali addizionali imposte, per un tempo lunghissimo, alle famiglie e alle imprese per mantenere un servizio sanitario che, tuttavia, continua a non raggiungere lo standard minimo di adeguatezza dei servizi, unitamente alla compartecipazione dei cittadini ai costi delle prestazioni, risultano non più sostenibili, giacché minano la competitività del sistema economico regionale, sottraendo risorse da destinare ad altri interventi di politica sociale.

Le politiche sanitarie della Regione, per tracciare obiettivi realistici e sfidanti e per raggiungere i risultati programmati, devono legare inscindibilmente con decisioni e azioni coerenti e tempestive:

- la lungimirante visione di un servizio sanitario efficace, equo e sostenibile;
- la strategia ben strutturata, dinamica e flessibile per governare e non subire i rilevanti cambiamenti sociali, scientifici e tecnologici che incidono sulla qualità del servizio sanitario nazionale;
- le capacità manageriali degli amministratori di Regione e Azienda Sanitaria focalizzate sui processi di ristrutturazione in situazioni e contesti caratterizzati, come quelli sanitari, da elevata complessità;
- l'applicazione di procedure operative e di controllo adeguate.

Rispetto a queste condizioni la Regione ha accumulato un pesante ritardo. Il presente Programma Operativo e gli altri provvedimenti di competenza della Struttura Commissariale intendono, pertanto, consentire alla Regione di dare corpo alle suddette politiche, nella linea della programmazione nazionale, già condivisa nelle sedi istituzionali di concertazione.

## La sostenibilità del sistema: le risorse del fondo sanitario regionale.

Rispetto alla media delle regioni benchmark, il Molise ha registrato nel 2011 una spesa pro capite maggiore di 172 euro (+3,49%), rimanendo, ciononostante (fonte: SIVEAS, Aggiornamento dicembre 2013) di 18 punti sotto il livello minimo di adeguatezza nell'erogazione dei LEA (-11,25% rispetto ai 160 punti). Nel 2012 la Regione si attesta a 17 punti sotto il suddetto valore (-10%), con una spesa pro capite sostanzialmente allineata al 2011. La maggiore spesa pro capite determina un disavanzo medio annuale di circa 50 milioni di euro, solo in parte coperti dalle addizionali fiscali.

La spesa per l'assistenza ospedaliera è circa il 55% del FSR (+11 punti rispetto al 44% del valore della programmazione nazionale) ed è responsabile con un esubero di spesa di circa 77 euro/mln (+30,6% rispetto al valore del finanziamento da allocare al livello di assistenza ospedaliera) del disavanzo annuale e della inadeguata erogazione dei LEA.

La spesa per l'assistenza distrettuale oscilla intorno al 41% (-10 punti rispetto al 51% del valore della programmazione nazionale) con un deficit di spesa di circa 48 euro/mln (-16,4 % rispetto al valore del finanziamento da allocare al livello di assistenza territoriale).

Ugualmente la spesa per l'assistenza sanitaria collettiva è del 4% circa (-1 punto rispetto al 5% del valore della programmazione nazionale) delle risorse per livello di assistenza, con un deficit di spesa di circa 3 euro/mln (-

10,4% rispetto all’ottimale allocazione delle risorse). Nella quota è compreso il finanziamento dell’Agenzia regionale per l’ambiente (ARPA) a carico del FSR.

Il recupero di 16 punti di adeguatezza nell’erogazione dei LEA (efficacia del servizio) e del disavanzo annuale di bilancio (efficienza del servizio) sono il filo conduttore degli interventi del Programma operativo per restituire al SSR la sua funzione di infrastruttura sociale da cui dipendono diritti civili primari e la coesione sociale.

Il finanziamento del SSR per l’esercizio 2013 è stato garantito dal FSR, comprensivo delle entrate convenzionali proprie e delle risorse vincolate ad obiettivi prioritari di rilievo nazionale. La seguente tabella 1, ne dettaglia l’allocazione programmatica per macro area di assistenza:

ALLOCAZIONE RISORSE PER LIVELLI DI ASSISTENZA		
Molise Popolazione al 01.01.2012	313.145	
<b>FSR 2013 ante mobilità + vincolate + riequilibrio</b>	<b>€ 573.058.897</b>	<b>100%</b>
<b>Ambito assistenza</b>	<b>Valore FSR utilizzato</b>	<b>% su totale FSR</b>
Assistenza Sanitaria Collettiva	28.652.944,85	5%
Assistenza Territoriale	PLS	5.730.588,97
	MMG	34.383.533,82
	Farmaceutica	65.042.184,81
	Specialistica	76.216.833,30
	Altra territoriale	110.886.896,57
Totale	292.260.037,47	51%
Assistenza Ospedaliera	252.145.914,68	44%
<b>Totale complessivo</b>	<b>573.058.897,00</b>	<b>100%</b>

Tabella 1: Allocazione per ambito assistenziale FSR anno 2013

Ai suddetti valori, periodicamente aggiornati in base al finanziamento garantito dal FSN, deve tendere ad ancorarsi la gestione corrente del SSR, per evitare indebitamento ed imposizioni fiscali a ripiano.

Gli interventi del Programma Operativo delineano le azioni di riqualificazione funzionale e di riequilibrio economico della gestione del SSR attraverso il trasferimento di risorse, compresa la ricollocazione del personale in esubero, dall’assistenza ospedaliera, sovradimensionata, all’assistenza collettiva e a quella distrettuale, entrambe sottodimensionate.

All’interno dell’area distrettuale devono essere riequilibrati gli stanziamenti a favore della voce “altra territoriale”, attualmente sensibilmente sotto finanziata. Basti considerare che il fabbisogno di posti letto extra ospedalieri per anziani è di 558 (RSA e RP), a fronte di una copertura attuale di 207 (vedi Intervento 14.3: La rete territoriale), punto di debolezza rilevato anche dall’Ordine dei medici di Campobasso nel pubblico convegno dell’8 febbraio 2014.

Il riequilibrio dell’allocazione delle risorse, unitamente ad azioni di contenimento dei costi operativi di assistenza e generali, oggetto di separata analisi e programmazione in questo stesso documento, è la condizione per garantire ai cittadini la necessaria assistenza senza aggravii fiscali.

## I risultati dell'esercizio 2013

### Risultato di gestione IV Trimestre 2013 Vs Programmatico P.O. 2013-2015

140 MOLISE - Aggregato					
ID	CONTO ECONOMICO €/000	IV Trimestre 2013	Programmatico 2013	Δ IV Trim 2013 Vs Programmatico	Performance
		A	B	C = A-B	
A1	Contributi F.S.R.	561.014	561.014	-	Inseriti i Valori di CE IV Trimestre 2013
A2	Saldo Mobilità	29.460	29.460	-	
A3	Entrate Proprie	15.631	15.631	-	
A4	Saldo Intramoenia	1.616	1.616	-	
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 2.511	- 2.511	-	
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	- 8.361	- 8.361	-	
<b>A</b>	<b>Totale Ricavi Netti</b>	<b>596.849</b>	<b>596.849</b>	<b>-</b>	
B1	Personale	201.360	200.690	670	●
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	41.570	38.726	2.844	●
B3	Altri Beni e Servizi	114.715	118.572	- 3.857	●
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	3.826	3.237	589	NA
B5	Accantonamenti	723	3.216	- 2.493	NA
B6	Variazione Rimanenze	- 747	- 1.187	440	NA
<b>B</b>	<b>Totale Costi Interni</b>	<b>361.447</b>	<b>363.254</b>	<b>- 1.807</b>	●
C1	Medicina Di Base	48.815	50.888	- 2.073	NA
C2	Farmaceutica Convenzionata	50.194	50.195	- 1	●
C3	Prestazioni da Privato	169.213	163.160	6.053	●
<b>C</b>	<b>Totale Costi Esterni</b>	<b>268.222</b>	<b>264.243</b>	<b>3.979</b>	●
<b>D</b>	<b>Totale Costi Operativi (B+C)</b>	<b>629.669</b>	<b>627.497</b>	<b>2.172</b>	●
<b>E</b>	<b>Margine Operativo (A-D)</b>	<b>- 32.820</b>	<b>- 30.648</b>	<b>- 2.172</b>	
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	59	59	-	NA
F2	Saldo Gestione Finanziaria	2.047	1.258	789	NA
F3	Oneri Fiscali	14.882	14.700	182	●
F4	Saldo Gestione Straordinaria	1.574	3.096	- 1.522	NA
<b>F</b>	<b>Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie</b>	<b>18.562</b>	<b>19.113</b>	<b>- 551</b>	●
<b>G</b>	<b>Risultato Economico (E-F)</b>	<b>- 51.382</b>	<b>- 49.761</b>	<b>- 1.621</b>	
<b>H</b>	<b>Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA</b>	<b>22.432</b>	<b>22.432</b>	<b>-</b>	
<b>I</b>	<b>Risultato Economico con risorse aggiuntive LEA (G+H)</b>	<b>- 28.950</b>	<b>- 27.329</b>	<b>- 1.621</b>	

- Valori da CE IV trimestre 2013 in linea con quanto previsto dalle manovre inserite nei PO 2013-2015
- Valori da CE IV trimestre 2013 parzialmente in linea con quanto previsto dalle manovre inserite nei PO 2013-2015
- Valori da CE IV trimestre 2013 non in linea con quanto previsto dalle manovre inserite nei PO 2013-2015
- NA Voci di spesa non oggetto di manovre nei PO 2013-2015

Tabella 2: Risultato di gestione IV Trimestre 2013 Vs Programmatico 2013 da P.O. 2013 -2015

## RISULTATO DI GESTIONE 2013

Nel recepire le indicazioni presenti nel verbale della riunione congiunta del 19 febbraio u.s. del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, si è proceduto ad effettuare un'analisi sull'effettiva applicazione e sul conseguente impatto economico delle manovre considerate nella precedente versione del P.O. 2013-2015 (prot. SIVEAS 242\_A/2013).

In particolare, inserendo nel calcolo del CE programmatico 2013 le voci di ricavo da flusso economico NSIS CE IV Trimestre 2013, è stato possibile effettuare una valutazione sull'impatto effettivo delle manovre a valere sulle voci di costo relative all'anno 2013 (escluse quelle straordinarie, sulle quali le manovre non incidono) stimate nella versione di dicembre. Di seguito i dettagli:

### COSTI

#### Costi interni

##### Costo del personale

Relativamente al costo per il "Personale", per l'anno 2013, gli effetti delle relative manovre individuate nei P.O. 2013-2015 si concretizzano in un risparmio complessivo pari a 5,5 €/mln. Le azioni collegate alla valorizzazione del risparmio vedono una stima per cessazioni di personale dipendente pari a 2,5€/mln e altri interventi amministrativi pari a circa 3 €/mln. Dal confronto tra i flussi economici di CE IV Trimestre 2013 e CE Consuntivo 2012 emerge una variazione inferiore rispetto alle previsioni per 0,7 €/mln, con una diminuzione complessiva di tale voce di costo di 4,8€/mln. Il risparmio registrato è imputabile alle cessazioni di personale dipendente avvenuto nel corso degli esercizi 2012 e 2013 e ad altri interventi amministrativi. Nel confronto tra IV trimestre 2013 e CE Programmatico 2013 si osserva, infine, uno scostamento positivo pari a 0,67 €/mln del risultato del 2013 rispetto a quanto stimato nel programmatico.

Riepilogo impatti manovra 2013			
Valori in €/000			
Azione	Ambito intervento	Azioni	Impatto 2013
10.1.1	Gestione personale	Stima cessazioni	-2.522
		Diminuzione IRAP da cessazioni	
		Altri interventi amministrativi	-3.016
		Diminuzione IRAP da altri interventi amministrativi	
		Stima cessazioni Responsabili UOC	0
<b>Totale manovre annuali</b>			<b>-5.539</b>
Risparmi evidenziati nel CE IV trim 2013 vs. Cons. 2012			-4.869
Delta tra IV trimestre 2013 e Programmatico 2013			670

Tabella 3: Riepilogo impatti manovra 2013 – Manovra sul personale

##### Farmaceutica ospedaliera

Nel CE IV Trimestre 2013 rispetto al CE Consuntivo 2012 si evidenzia un aumento delle spese sostenute per la farmaceutica ospedaliera pari a 2,8 €/mln ben al di sopra dell'aumento previsto per tale voce di spesa. Osservando, infine, il delta tra CE IV trimestre e Programmatico tale scostamento positivo evidenzia un ulteriore aumento (2,8 €/mln vs. 2,5 €/mln).

Con il passaggio dell'ossigeno liquido in regime di distribuzione diretta a partire dal primo dicembre 2013 si configura uno spostamento della spesa sostenuta per l'acquisto di ossigeno liquido dalla farmaceutica convenzionata a quella ospedaliera (evidenza meramente contabile) a causa del cambiamento della piattaforma distributiva dal canale convenzionato alla distribuzione diretta. Tale modificazione porta ad una conseguente riduzione della spesa sostenuta a seguito del nuovo prezzo di acquisto. Tale azione, in considerazione dell'avvio del passaggio al nuovo canale distributivo a partire dal 01.12.2013, aveva portato per l'anno 2013 ad una stima

di aumento della spesa per la farmaceutica ospedaliera di circa 0,1 €/mln. Mentre i maggiori effetti contabili ed economici sono previsti per il primo semestre 2014 (messa a regime della distribuzione dell'ossigeno in OTD).

Riepilogo impatti manovra 2013			
Valori in €/000			
Azione	Ambito intervento	Azioni	Impatto 2013
Intervento 17	Farmaceutica Territoriale		
	Farmaceutica Ospedaliera	Acquisizione diretta ossigeno medicinale	59
		Erogazione primo ciclo terapeutico dalle strutture pubbliche	0
		Saldo manovra di centralizzazione magazzino e riduzione rimanenze	0
<b>Totale manovre annuali</b>			<b>59</b>
Risparmi/Aumenti evidenziati nel CE IV trim 2013 vs. Cons. 2012			2.549
Delta tra IV trimestre 2013 e Programmatico 2013			2.844

Tabella 4: Riepilogo impatti manovra 2013 – Manovra sulla farmaceutica ospedaliera

#### Altri Beni e Servizi

Le manovre inserite nei PO. 2013-2015 riferite al contenimento della spesa per Beni e Servizi risultano pari a complessivi 1,3€/mln, da riferirsi a gare aggiudicate (-1,1€/mln) e ad altri interventi di minor rilievo (0,2 €/mln). Nel CE IV Trimestre 2013 tale voce di costo risulta, invece, in diminuzione rispetto ai valori del CE Consuntivo 2012 per 6,8€/mln (contrazione per 1,9 €/mln degli acquisti di beni sanitari, 0,8 €/mln dei beni non sanitari e -5,7 €/mln dei servizi). Tale evidenza porta a pensare che già nel corso dell'esercizio 2013 si siano verificati i primi effetti di riduzione di spesa, in linea con le previsioni del DL 95/2012. Tale evidenza emerge in particolare osservando il confronto tra CE IV trimestre 2013 e CE programmatico. Si rileva, infatti, una riduzione della spesa sostenuta pari a 3,8 €/mln ai quali si devono aggiungere i risparmi derivanti dall'applicazione e conseguimento delle manovre previste per l'anno 2013.

In ragione di tale evidenza è ragionevole stimare che già nel corso dell'esercizio 2013 si siano raggiunte, almeno in parte, le riduzioni di spesa derivanti dall'applicazione delle disposizioni contenute nel DL 95/2012. Per tale ragione e per mantenere un approccio prudentiale si sono modificate le stime di partenza per il calcolo del tendenziale 2014-2015 per le voci di costo dei beni e servizi. Si rimanda per maggiori dettagli alla sezione del Tendenziale.

Riepilogo impatti manovra	
Valori in €/000	
	2013
Gare aggiudicate	-1.163
Gare in corso di espletamento	0
Gare in corso di predisposizione	0
Gare da predisporre	0
Altre azioni da intraprendere	-182
Centrale Regionale di Acquisti	0
<b>Totale manovre annuali</b>	<b>-1.345</b>
Risparmi/Aumenti evidenziati nel CE IV trim 2013 vs. Cons. 2012	-6.807
Delta tra IV trimestre 2013 e Programmatico 2013	-3.857

Tabella 5: Riepilogo impatti manovra 2013 – Manovra su beni e servizi

Complessivamente dal confronto tra il CE IV Trimestre 2013 e il CE Consuntivo 2012 sul totale dei costi interni, si evidenzia un'ulteriore contrazione della spesa, pari a 1,8 €/mln, rispetto alle stime di risparmio delle manovre inserite nei PO 2013-2015.

## Costi esterni

### Farmaceutica Convenzionata

Nei P.O. 2013-2015 nella stima della voce “Farmaceutica convenzionata”, per il calcolo del CE tendenziale, è stata applicata al dato del Consuntivo 2012 una riduzione cautelativa pari al -1%, tenendo conto anche della diversa contabilizzazione delle spese sostenute per l’ossigeno liquido sopra descritte. Alla luce di quanto detto, all’esito delle manovre individuate nei P.O. 2013-2015, si prevede un risparmio complessivo pari a 0,7 €/mln (1,3 se si considera la riduzione cautelativa del -1 % rispetto al CE Consuntivo 2012). Nel Ce IV trimestre 2013 le voci di costo relative alla farmaceutica convenzionata risultano in diminuzione rispetto al CE Consuntivo 2012 per 1,3 €/mln e corrispondono a quanto previsto nella costruzione del CE Programmatico presente nella precedente versione dei P.O. 2013-2015 (con un delta tra CE IV trimestre 2013 e CE Programmatico pari a 0,001 €/mln).

Riepilogo impatti manovre			
Valori in €/000			
Riduzione cautelativa pari al -1% del CE Consuntivo 2012 nella costruzione del Tendenziale			-515
Azione	Ambito intervento	Azioni	Impatto 2013
Intervento 17	Farmaceutica Territoriale	Farmaceutica Convenzionata (MMG)	-277
		Riduzione farmaci mancanti in DPC	-45
		Appropriatezza - Abbattimento altoconsumo classi A e J	-258
		Acquisizione diretta ossigeno medicinale	-190
		Erogazione primo ciclo terapeutico dalle strutture pubbliche	0
	Farmaceutica Ospedaliera		
<b>Totale manovre annuali</b>			<b>-770</b>
Risparmi/Aumenti evidenziati nel CE IV trim 2013 vs. Cons. 2012			-1.286
Delta tra IV trimestre 2013 e Programmatico 2013			-1

Tabella 6: Riepilogo impatti manovra 2013 – Manovra sulla farmaceutica convenzionata

### Prestazioni da privato

La valorizzazione delle manovre contenute nei P.O. 2013-2015 prevedeva un abbattimento della spesa per l’acquisto di prestazioni da privato per 2,8 €/mln a partire dal 2014. Dette manovre sono le risultanti di un’analisi condotta sulle SDO 2011 e relative all’appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate. Dal confronto tra il CE IV Trimestre 2013 ed il CE Consuntivo 2012 emerge, invece, che tale voce di spesa è cresciuta di circa 4 €/mln, discostandosi dal valore programmatico per 6 €/mln.

**In sintesi, dal confronto tra il CE IV Trimestre 2013 e il CE Consuntivo 2012 sul totale dei costi esterni, rispetto alle stime di risparmio delle manovre inserite nei P.O. 2013-2015, risulta un incremento della spesa pari a 4€/mln.**

**In conclusione, il CE IV trimestre 2013 evidenzia un risultato di gestione meno positivo di quello previsto dal CE Programmatico 2013 della precedente versione dei P.O. per 1,6€/mln (-51,4€/mln vs. -49,8€/mln).**

## Tendenziali e programmatici 2014-2015

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 nonché 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 98/2011 “Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria”, così come convertito con Legge 15/07/2011 n. 111;
- 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 228/2012 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato” (Legge di stabilità 2013);
- Legge 147 del 27.12.2013.

### Tendenziali 2014-2015

Il CE Tendenziale 2014-2015 è stato costruito sulla base dei dati e delle informazioni che seguono:

- conti economici NSIS degli anni 2010 - 2013;
- risultato economico al IV trimestre 2013, in cui si evidenzia un disavanzo di gestione pari a circa -51,4 €/mln;
- documentazione prodotta dall’Azienda Sanitaria Regionale, finalizzata all’approfondimento dei dati economici contabilizzati nel CE IV Trimestre 2013;
- stima del fenomeno inflattivo, pari all’1,5%, integrato con un TIP cautelativo dello 0,5%.

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 a cui sono stati applicati correttivi (laddove valorizzabili) legati agli effetti economici delle misure nazionali che trovano diretta applicazione (senza decreti attuativi regionali) e delle misure previste dalle disposizioni normative nazionali (DL 98/2011, L 135/2012, L 228/2012) la cui attuazione richiede, invece, l’adozione di atti e azioni attuative a livello regionale. Sono stati, inoltre, rappresentati gli effetti economici previsti da provvedimenti regionali.

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

Si precisa che, essendo il presente documento redatto nel mese di aprile 2014, sono stati considerati i valori già registrati al IV trimestre 2013.

Si specifica, infine, che la valorizzazione delle manovre è avvenuta direttamente a partire dai CE dell’Azienda Sanitaria.

Si riporta di seguito il CE Tendenziale 2014-2015 come consolidamento dei CE della GSA e dell'ASReM.

RCAVI (€000)							
VOCE		Aggregazioni codice CE ed. 2012	IV Trimestre 2013	Tendenziale 2014	Tendenziale 2015	Programmatico 2014	Programmatico 2015
Contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale	1	AA0020	561.014	573.008	573.008	573.008	573.008
Retifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti	2	AA0250	-	-	-	-	-
Contributi da regione a titolo di copertura extra LEA	3	AA0080	-	-	-	-	-
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti	4	AA0270	-	-	-	-	-
Altri contributi in conto esercizio	5	AA0050-AA0080-AA0090+AA0180+AA0230	1.277	1.290	1.303	1.290	1.303
Mobilità attiva intra	6	AA0940	-	-	-	-	-
Mobilità attiva extra regionale	7	AA0460+AA0470+AA0490+AA0500+AA0510+AA0520+AA0530+AA0540+AA0560+AA0610+AA0650+AA0660	83.568	83.568	83.568	83.568	83.568
Payback	8	AA0900+AA0920+AA0910	5.965	6.025	6.085	6.025	6.085
Compartecipazioni	9	AA0940	5.162	5.255	5.308	5.255	5.308
Altre entrate	10	AA0440+AA0480+AA0570+AA0600+AA0660+AA0710+AA0720+AA1070+AA0760+AA0770+AA0800+AA0840+AA0930+AA1080+AA1090+CA0010+CA0050	4.399	4.441	4.484	4.441	4.484
Costi capitalizzati	11	AA0990+AA1000+AA1010+AA1020+AA1030+AA1040+AA1050	4.185	4.185	4.185	4.185	4.185
altri contributi	12	AA0260	-	2.511	-	2.511	-
<b>TOTALE RCAVI</b>	<b>13=1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11+12</b>		<b>663.059</b>	<b>675.261</b>	<b>675.429</b>	<b>675.261</b>	<b>675.429</b>
COSTI (€000)							
VOCE		Aggregazioni codice CE ed. 2012	IV Trimestre 2013	Tendenziale 2014	Tendenziale 2015	Programmatico 2014	Programmatico 2015
Personale	14	BA2080+BA1420+BA1810	198.809	198.809	198.809	194.617	191.125
Irapp	15	YA0010	14.111	14.111	14.111	13.849	13.720
<b>Beni</b>	<b>16=16a+16b</b>		<b>88.392</b>	<b>90.037</b>	<b>92.719</b>	<b>85.398</b>	<b>87.490</b>
Beni sanitari	16a	BA0020+BA0080+BA0090	81.504	83.266	85.808	79.060	81.110
Beni non sanitari	16b	BA0310	6.888	6.771	6.911	6.338	6.380
<b>Servizi</b>	<b>17=17a+17b</b>		<b>70.496</b>	<b>68.947</b>	<b>70.559</b>	<b>64.897</b>	<b>65.303</b>
Servizi sanitari	17a	BA1280+BA1350+BA1420+BA1490	13.225	13.201	13.673	12.629	12.703
Servizi non sanitari	17b	BA1570+BA1910+BA1990+BA2530+BA1750+BA1810+BA1880	57.273	55.746	56.886	52.268	52.600
<b>Prestazioni da privato</b>	<b>18=18a+18b+18c+18d+18e+18f</b>		<b>268.222</b>	<b>262.423</b>	<b>263.727</b>	<b>256.353</b>	<b>254.090</b>
Medicina di base	18a	BA0420	48.815	48.815	49.791	48.815	49.791
Farmaceutica convenzionata	18b	BA0500	50.194	49.692	49.195	44.477	41.267
Assistenza specialistica da privato	18c	BA0570+BA0680+BA0630	45.552	40.177	40.293	40.177	40.293
Assistenza riabilitativa da privato	18d	BA0680+BA0690	16.089	16.411	16.411	16.411	16.411
Assistenza ospedaliera da privato	18e	BA0840+BA0890	72.774	71.834	71.834	70.979	70.124
Altre prestazioni da privato	18f	BA0790+BA0740+BA0940+BA0950+BA1000+BA1010+BA1020+BA1070+BA1080+BA1130+BA1180+BA1190+BA1240+BA1250	34.798	35.494	36.204	35.494	36.204
Prestazioni da pubblico	19	BA0550+BA0660+BA0670+BA0720+BA0770+BA0820+BA0920+BA0980+BA1050+BA1110+BA1160+BA1170+BA0930	-	-	-	-	-
Mobilità passiva intraregionale	20	BA0470+BA0510+BA0540+BA0650+BA0710+BA0760+BA0810+BA0910+BA0970+BA1040+BA1100+BA1150+BA0080	-	-	-	-	-
Mobilità passiva extraregionale	21	BA0480+BA0520+BA0560+BA0730+BA0780+BA0830+BA0990+BA1060+BA1120+BA0090+BA1550	54.054	54.053	54.053	54.053	54.053
Accantonamenti	22	BA2690	9.084	3.108	3.117	3.108	3.117
Oneri finanziari	23	CA0110+CA0150	2.228	2.228	2.228	2.228	2.228
Oneri fiscali (netto irap)	24	BA2510+YA0060+YA0090	771	771	771	771	771
Saldo poste straordinarie	25	EA0010-EA0260+BA2660	-	827	-	3.096	-
Saldo intramoenia	26	AA0680+AA0690+AA0700+AA0730+AA0740+BA1210+BA1220+BA1230+BA1260+BA1270	625	631	638	631	638
Ammortamenti	27	BA2560	8.011	8.011	8.011	8.011	8.011
Rivalutazioni e svalutazioni	28	(-DA0010+DA0020+BA2630+BA2520)	59	59	59	59	59
<b>TOTALE COSTI</b>	<b>29=14+15+16+17+18+19+20+21+22+23+24+25+26+27+28</b>		<b>714.441</b>	<b>702.752</b>	<b>708.354</b>	<b>685.809</b>	<b>682.425</b>
<b>RISULTATO DI ESERCIZIO</b>	<b>30=13-29</b>		<b>-</b>	<b>51.382</b>	<b>-</b>	<b>32.925</b>	<b>-</b>
contributi da regione a titolo di copertura LEA	31	AA0080	22.432	22.432	22.432	22.432	22.432
<b>Risultato di gestione dopo le coperture</b>			<b>-</b>	<b>28.950</b>	<b>-</b>	<b>10.493</b>	<b>-</b>

Fonte: [Ce NSIS Consolidato 2010-2012, CE IV trimestre 2013]

Tabella 7: CE Tendenziali 2014 – 2015

Per un confronto con i documenti di Verifica Trimestrale ed Analisi degli Scostamenti, si riporta anche la rappresentazione del Tendenziale e Programmatico nella riclassifica adottata nei suddetti documenti, di cui diamo il dettaglio nelle seguenti Tabelle (Vedi Tabella 8), anche per il successivo monitoraggio.

140 MOLISE - Aggregato					
ID	CONTO ECONOMICO €/000	2012	2013	Tendenziale	
		A	B	2014 C	2015 D
A1	Contributi F.S.R.	567.637	561.014	573.008	573.008
A2	Saldo Mobilità	38.123	29.460	29.461	29.460
A3	Entrate Proprie	14.791	15.631	15.829	15.987
A4	Saldo Intramoenia	1.575	1.616	1.632	1.648
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 5.755	- 2.511	- 2.511	- 2.511
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	- 5.334	- 8.361	-	-
<b>A</b>	<b>Totale Ricavi Netti</b>	<b>611.037</b>	<b>596.849</b>	<b>617.419</b>	<b>617.593</b>
B1	Personale	206.229	201.360	201.360	201.360
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	39.021	41.570	43.231	44.958
B3	Altri Beni e Servizi	121.522	114.715	113.148	115.715
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	3.237	3.826	3.826	3.826
B5	Accantonamenti	3.153	723	3.108	3.117
B6	Variazione Rimanenze	3.683	- 747	- 747	- 747
<b>B</b>	<b>Totale Costi Interni</b>	<b>376.845</b>	<b>361.447</b>	<b>363.926</b>	<b>368.229</b>
C1	Medicina Di Base	50.888	48.815	48.815	49.791
C2	Farmaceutica Convenzionata	51.480	50.194	49.692	49.195
C3	Prestazioni da Privato	165.206	169.213	163.916	164.741
<b>C</b>	<b>Totale Costi Esterni</b>	<b>267.574</b>	<b>268.222</b>	<b>262.423</b>	<b>263.727</b>
<b>D</b>	<b>Totale Costi Operativi (B+C)</b>	<b>644.419</b>	<b>629.669</b>	<b>626.348</b>	<b>631.956</b>
<b>E</b>	<b>Margine Operativo (A-D)</b>	<b>- 33.382</b>	<b>- 32.820</b>	<b>- 8.930</b>	<b>- 14.363</b>
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	59	59	59	59
F2	Saldo Gestione Finanziaria	1.258	2.047	2.047	2.047
F3	Oneri Fiscali	15.122	14.882	14.882	14.882
F4	Saldo Gestione Straordinaria	2.659	1.574	1.574	1.574
<b>F</b>	<b>Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie</b>	<b>19.098</b>	<b>18.562</b>	<b>18.562</b>	<b>18.562</b>
<b>G</b>	<b>Risultato Economico (E-F)</b>	<b>- 52.480</b>	<b>- 51.382</b>	<b>- 27.492</b>	<b>- 32.925</b>
<b>H</b>	<b>Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA</b>	<b>31.567</b>	<b>22.432</b>	<b>22.432</b>	<b>22.432</b>
<b>I</b>	<b>Risultato Economico con risorse aggiuntive LEA (G+H)</b>	<b>- 20.913</b>	<b>- 28.950</b>	<b>- 5.060</b>	<b>- 10.493</b>

Fonte: [Ce NSIS Consolidato 2010-2012, CE IV trimestre 2013]

Tabella 8: CE Tendenziali 2014 – 2015, aggregazioni Analisi Scostamenti

## RICAVI

### Contributi in c/esercizio indistinti

La stima dei contributi FSR per l'anno 2014-2015 è stata calcolata considerando la sovrapposizione degli effetti dei Decreti Lgge numero 78/2010, 98/2011, 95/2012 e Legge di Stabilità 2013 e 2014, secondo lo schema seguente.

Dinamica del finanziamento SSN	2014	2015
Finanziamento SSN (loro penitenziaria)	116.236	119.856
Riduzione di cui al DL 78/2010 + DL 98/2011	-3.450	-5.450
<b>Totale netto manovre</b>	<b>112.786</b>	<b>114.406</b>
Ulteriori risorse per Opg, regolarizzazione stranieri netto visite fiscali	110	115
Riduzione di cui al DL 95/2012	-2.000	-2.100
<b>Totale netto manovre</b>	<b>110.896</b>	<b>112.421</b>
Riduzione di cui alla Legge di stabilità 2013	-1.000	-1.000
<b>Totale netto manovre</b>	<b>109.896</b>	<b>111.421</b>
Legge Stabilità 2014		-540
<b>Totale netto manovre</b>		<b>110.881</b>
<b>Dinamica finanziamento a legislazione vigente rispetto all'anno precedente</b>	<b>2,70%</b>	<b>1,39%</b>

Dinamica del FSR MOLISE	2014	2015
<b>FINANZIAMENTO SSN DOPO DL 95/12 E LEGGE STABILITA' 2013</b>	<b>109.896</b>	<b>109.896</b>
FSN vincolato (progetti obiettivo + altre vinc)	-2.063	-2.063
Vincolato per altri enti	-592	-592
Accantonamento	-267	-267
<b>TOTALE FSN INDISTINTO</b>	<b>106.974</b>	<b>106.974</b>
<b>% ACCESSO MOLISE</b>	<b>0,54%</b>	<b>0,54%</b>
<b>QUOTA FSR MOLISE INDISTINTO (con Entrate Proprie stimate)</b>	<b>578</b>	<b>578</b>
Entrate Proprie stimate	-15,83	-15,83
<b>QUOTA FSR MOLISE INDISTINTO</b>	<b>562</b>	<b>562</b>
<b>Dinamica finanziamento rispetto all'anno precedente</b>	<b>2,82%</b>	<b>0,00%</b>

Tabella 9: Stima FSR - contributi indistinti

Si specifica che rispetto alla precedente versione dei PO 2013-2015 (prot. SIVEaS 242/2013), si sono considerate le indicazioni emerse nella riunione congiunta del 10 aprile u.s. del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, sulla base delle quali:

- la quota spettante al Molise di FSR è stata stimata sulla base dell'applicazione della quota di accesso 2013 ai valori del FSN definiti a livello nazionale in coerenza con la legislazione vigente;
- per la ripartizione delle riduzioni del Fondo Sanitario Nazionale previste dalla *Spending review* e dalla Legge di stabilità, si è utilizzata la quota di accesso regionale così come definita nell'Intesa del 20 Febbraio 2014 sul riparto 2013 tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il SSN (0,54%);
- il livello effettivo di finanziamento del FSR indistinto è stato considerato al netto del Riparto quota premiale 0,30% post legge stabilità 2014 e del contributo solidarietà Regione Abruzzo.

**Complessivamente, rispetto all'entità dei Contributi FSR relativi al 2012 si prevede un incremento della voce del 2,82% per il 2014 rispetto al 2013.**

### Contributi in c/esercizio a destinazione vincolata

Per gli anni 2014-2015 viene confermato, alla luce di quanto emerso nel Tavolo Tecnico del 10 aprile u.s., il valore del CE IV Trimestre 2013 che recepisce quanto concordato dall'Intesa Stato Regioni del 20 Febbraio 2014 ed è pari a **11,177 €/mln.**

### *Saldo mobilità extraregionale in compensazione*

Relativamente al **“Saldo di Mobilità”**, i valori tendenziali sono stati considerati pari a quanto definito dall’Intesa Stato Regioni sulla quota di riparto 2013 del 20 febbraio 2014. Pertanto, il valore considerato nelle singole annualità del triennio oggetto di analisi è pari a 29,5 €/mln.

### *Altre entrate*

Il valore delle **“Entrate proprie”** è stato stimato in crescita, secondo un criterio prudenziale, dell’1% per gli anni 2014 e 2015.

A seguito dell’applicazione di tale percentuale di aumento, per le entrate proprie si prevede un incremento rispetto al IV trimestre 2013 di 0,2 €/mln nel 2014 e di 0,4 €/mln nel 2015.

### *Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti*

L’importo a tendenziale per gli anni 2014 e 2015 è posto pari al valore iscritto in sede di IV Trimestre 2013.

### *Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati*

L’importo tendenziale è posto pari a 0, assunta l’ipotesi che dal 2014, (coerentemente con le disposizioni del D.Lgs 118/2011) i contributi siano assegnati alla ASReM nell’anno di competenza. Inoltre, per l’anno 2014 si ipotizza che l’ASReM proceda ad accantonare quote inutilizzate di contributi vincolati pari al valore che la GSA dovrà accantonare in sede di consuntivo 2013, per tenere traccia delle quote di contributo da fondo vincolato non assegnate all’Azienda in corso d’anno.

## **COSTI**

### *Costi interni*

#### *Costo del Personale*

Relativamente al costo per il **“Personale”**, per gli anni 2014-15, il valore tendenziale è stato stimato costante rispetto a quello del 2013, ossia pari a 201,4 €/mln. In virtù dell’ipotesi di assenza di rinnovi contrattuali; il numero dei dipendenti è stato, infatti, ipotizzato stabile.

Per la stima degli effetti del blocco del turn-over si rimanda al **“Programma 10 – Gestione del Personale”**. Si precisa che il valore tendenziale presuppone l’invarianza dei contratti nazionali vigenti (inclusi gli eventuali incrementi stipendiali connessi ai rinnovi contrattuali).

#### *Prodotti farmaceutici*

Per la voce **“Prodotti Farmaceutici ed emoderivati”** il valore tendenziale è stato stimato applicando al dato del IV trimestre 2013 una crescita pari al 4%, pur osservando un tasso di crescita medio annuo superiore (circa il 5%). Tale valutazione è legata al fatto che i maggiori incrementi di spesa si sono registrati tra il 2009 e il 2010 e tra il 2010 e il 2011 (circa il 10% annuo), mentre tra il 2011 ed il 2012 tale voce di costo è risultata costante anche a seguito dei provvedimenti adottati per il governo del costo della spesa. Nel calcolo del tendenziale si tiene, inoltre, conto di una diversa contabilizzazione delle spese sostenute per l’ossigeno liquido. La regione Molise, infatti, con provvedimento commissariale (DCA 36/2013) 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). Tale procedura è stata conclusa nel corso del 2013 e sarà a regime già dal I semestre del 2014.

Alla luce di quanto sopra descritto si è ipotizzato un aumento tendenziale di tale voce di spesa di 1,7 €/mln nel 2014 e di 3,4 €/mln per il 2015.

#### *Beni e Servizi*

La voce **“Altri Beni e Servizi”** è stata stimata tendenzialmente in incremento del 2% annuo, di cui 1,5 per gli effetti inflattivi e 0,5% come TIP cautelativo.

Nella costruzione del tendenziale, inoltre, si è considerata la riduzione fissata per i contratti di acquisto per beni e servizi (al netto dei dispositivi medici), sulla base della spesa per il macro aggregato “Altri beni e Servizi” registrata al Consuntivo 2011 (-5% a decorrere dal 2014). Si è utilizzata una percentuale minore rispetto a quanto previsto dalle disposizioni nazionali in quanto nel corso dell’esercizio 2013 si è assistito ad una consistente riduzione della spesa per le voci di costo oggetto di tale normativa. Si è, inoltre, preferito applicare una minore previsione di riduzione della spesa per mantenere un approccio prudentiale.

**L’effetto complessivo sull’aggregato “Altri Beni e Servizi”, derivante dalla sovrapposizione della crescita tendenziale della voce e dei correttivi introdotti dalla normativa nazionale, determina, rispetto al IV trimestre 2013, una riduzione della voce per 1,5 €/mln nel 2014, e un aumento rispetto al 2013 per 1 €/mln nel 2015.**

#### *Accantonamenti a fondi rischi*

Con riferimento agli accantonamenti si è stimato, prudenzialmente, di inserire i valori del CE Consuntivo 2012 vista la mancata appostazione di accantonamenti per rischi evidenziata al IV trimestre 2013. Per gli anni 2014 e 2015 si è, quindi, previsto un accantonamento costante pari a 2,4€/mln.

#### *Ammortamenti*

Il valore della voce “ammortamenti e costi capitalizzati” è stato stimato costante per gli anni 2014-2015 e pari al valore registrato al IV trimestre 2013, ovvero 3,8 €/mln.

#### *Variatione delle rimanenze*

L’importo inserito nel CE tendenziale per il biennio 2014 - 2015 è posto pari a quello iscritto nel CE IV trimestre 2013, in considerazione delle risultanze emerse a seguito dell’analisi inventariale svolta alla data del 31.12.2013. Pertanto, il valore considerato risulta essere pari a -0,7 €/mln nel 2014 ed è stimato costante nel corso del 2015.

#### *Costi esterni*

##### *Medicina di base*

L’importo tendenziale è posto pari al valore iscritto in sede di IV trimestre 2013 per l’anno 2014 mentre, a per il 2015, invece, si è stimato un aumento del 2%, di cui 1,5% come stima degli effetti inflattivi e 0,5% come TIP cautelativo.

##### *Farmaceutica convenzionata*

Nella stima della voce “Farmaceutica convenzionata”, si è ritenuto di applicare al dato del CE IV Trimestre 2013 una riduzione cautelativa del -1%. Nel calcolo del tendenziale si è tenuto conto della già richiamata diversa contabilizzazione delle spese sostenute per l’ossigeno liquido, a seguito dell’espletamento della procedura di gara per la sua acquisizione diretta ed il connesso servizio di ossigeno terapia domiciliare a lungo termine (OTD), conclusa nel corso del 2013. Alla luce di quanto sopra descritto si è ipotizzata una riduzione di tale voce di spesa per 0,5 €/mln nel 2014 e per 1 €/mln per il 2015.

##### *Prestazioni sanitarie da privato*

##### *Ospedaliera*

Coerentemente con quanto disposto dalla Legge 135/2012, i tetti delle prestazioni ospedaliere da privato sono rideterminati in diminuzione rispetto al dato Consuntivo 2011 dell’-1% nel 2013 e del 2% nel 2014, secondo l’algoritmo descritto nel DCA 33/2013 inerente i limiti massimi di spesa per l’acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera per il periodo 2012-2014. Nel ricalcolo dei budget di spesa è stata considerata la mancata attivazione dei servizi di *day surgery*. Tale importo è stato decurtato dal budget della specialistica ambulatoriale. Pertanto, il valore della voce è rideterminato in 71,8 €/mln sia per il 2014 che per il 2015.

**Rispetto al IV trimestre 2013, si registra, pertanto, una contrazione della spesa di 1 €/mln sia per il 2014 che per il 2015.**

### *Specialistica ambulatoriale*

Coerentemente con quanto disposto dal Legge 135/2012, i tetti delle prestazioni ospedaliere da privato sono rideterminati in diminuzione rispetto al dato Consuntivo 2011 dell'1% nel 2013 e del 2% nel 2014, secondo l'algoritmo descritto nel DCA 34/2013 inerente i limiti massimi di spesa per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per il periodo 2012-2014. Pertanto, il valore della voce è rideterminato in 40,2 €/mln per il 2014 e in 40,3 €/mln 2015.

**Complessivamente, rispetto al IV Trimestre 2013, si registra, pertanto, una riduzione dei costi di 5,4 €/mln per il 2014 e di 5,3 €/mln per il 2015.**

### *Riabilitazione extra ospedaliera*

La voce "Prestazioni da Privato – Riabilitazione extraospedaliera" è stata stimata per gli anni 2014 e 2015 in aumento del 2% per gli anni 2014-2015 rispetto al valore iscritto a CE IV trimestre 2013.

### *Altre Prestazioni da privato*

In relazione alle voce "Altre Prestazioni da Privato", rispetto al IV trimestre 2013, è stato stimato, prudenzialmente, in incremento del 2% annuo per gli anni 2014-2015, di cui 1,5% come stima degli effetti inflattivi e 0,5% come TIP cautelativo. Tale voce di costo ha fatto registrare un tasso di crescita annuo nel triennio 2010 – 2013 superiore rispetto al 2% considerato (+8%) ma si è ritenuto opportuno considerare solo il tasso inflattivo.

### *Gestione straordinaria, finanziaria e fiscale*

Nel tendenziale 2014-2015 le poste relative alle "Componenti Finanziarie e Straordinarie" sono state mantenute pari ai livelli riportati nel IV trimestre 2013.

**Considerando quanto esposto, la perdita d'esercizio sarebbe stimata pari a 27,4 €/mln nel 2014 ed a -32,9 per il 2015. Le Manovre previste dalla Regione consentiranno di raggiungere per l'anno 2015 un risultato prossimo all'equilibrio economico della gestione (pari a -6,9 €/mln).**

### **Programmatico**

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

140 MOLISE - Aggregato							
ID	CONTO ECONOMICO €/000	2012	2013	Tendenziale		Programmatico	
		A	B	2014 C	2015 D	2014 E	2015 F
A1	Contributi F.S.R.	567.637	561.014	573.008	573.008	573.008	573.008
A2	Saldo Mobilità	38.123	29.460	29.461	29.460	29.461	29.460
A3	Entrate Proprie	14.791	15.631	15.829	15.987	15.829	15.987
A4	Saldo Intramoenia	1.575	1.616	1.632	1.648	1.632	1.648
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 5.755	- 2.511	- 2.511	- 2.511	- 2.511	- 2.511
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	- 5.334	- 8.361	-	-	-	-
<b>A</b>	<b>Totale Ricavi Netti</b>	<b>611.037</b>	<b>596.849</b>	<b>617.419</b>	<b>617.593</b>	<b>617.419</b>	<b>617.593</b>
B1	Personale	206.229	201.360	201.360	201.360	197.141	193.645
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	39.021	41.570	43.231	44.958	41.597	43.401
B3	Altri Beni e Servizi	121.522	114.715	113.148	115.715	106.121	106.817
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	3.237	3.826	3.826	3.826	3.826	3.826
B5	Accantonamenti	3.153	723	3.108	3.117	3.108	3.117
B6	Variazione Rimanenze	3.683	- 747	- 747	- 747	1.522	1.522
<b>B</b>	<b>Totale Costi Interni</b>	<b>376.845</b>	<b>361.447</b>	<b>363.926</b>	<b>368.229</b>	<b>353.315</b>	<b>352.329</b>
C1	Medicina Di Base	50.888	48.815	48.815	49.791	48.815	49.791
C2	Farmaceutica Convenzionata	51.480	50.194	49.692	49.195	44.477	41.267
C3	Prestazioni da Privato	165.206	169.213	163.916	164.741	163.061	163.031
<b>C</b>	<b>Totale Costi Esterni</b>	<b>267.574</b>	<b>268.222</b>	<b>262.423</b>	<b>263.727</b>	<b>256.353</b>	<b>254.090</b>
<b>D</b>	<b>Totale Costi Operativi (B+C)</b>	<b>644.419</b>	<b>629.669</b>	<b>626.348</b>	<b>631.956</b>	<b>609.667</b>	<b>606.418</b>
<b>E</b>	<b>Margine Operativo (A-D)</b>	<b>- 33.382</b>	<b>- 32.820</b>	<b>- 8.930</b>	<b>- 14.363</b>	<b>7.751</b>	<b>11.174</b>
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	59	59	59	59	59	59
F2	Saldo Gestione Finanziaria	1.258	2.047	2.047	2.047	2.047	2.047
F3	Oneri Fiscali	15.122	14.882	14.882	14.882	14.620	14.491
F4	Saldo Gestione Straordinaria	2.659	1.574	1.574	1.574	1.574	1.574
<b>F</b>	<b>Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie</b>	<b>19.098</b>	<b>18.562</b>	<b>18.562</b>	<b>18.562</b>	<b>18.300</b>	<b>18.171</b>
<b>G</b>	<b>Risultato Economico (E-F)</b>	<b>- 52.480</b>	<b>- 51.382</b>	<b>- 27.492</b>	<b>- 32.925</b>	<b>- 10.549</b>	<b>- 6.996</b>
<b>H</b>	<b>Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA</b>	<b>31.567</b>	<b>22.432</b>	<b>22.432</b>	<b>22.432</b>	<b>22.432</b>	<b>22.432</b>
<b>I</b>	<b>Risultato Economico con risorse aggiuntive LEA (G+H)</b>	<b>- 20.913</b>	<b>- 28.950</b>	<b>- 5.060</b>	<b>- 10.493</b>	<b>11.883</b>	<b>15.436</b>

Fonte: [Ce NSIS Consolidato 2010-2012, CE IV trimestre 2013].

Tabella 10: CE Programmatici 2014 – 2015

### Valorizzazioni manovre e sintesi impatto per gli esercizi 2014 e 2015

Di seguito si riporta il dettaglio dell'impatto delle singole azioni rispetto a quanto già esposto nella precedente versione dei PO (Prot. SIVEAS 242\_A/2013). Relativamente alle metodologie di calcolo si rimanda al documento precedente per il dettaglio.

Rispetto alla versione dei Programmi Operativi inviata il 10.12.2013 sono state eliminate le valorizzazioni relative a:

- integrazione tra Cardarelli e FGPII;
  - cessazioni responsabili UOC;
  - attivazione CAR (Centrale Acquisti Regionale).
- Sono, invece, state apportate le seguenti modifiche:

- Relativamente all'azione di riduzione del finanziamento a carico del FSR dell'ARPAM l'effetto della manovra è stato anticipato all'esercizio 2014;
- si è proceduto all'aggiornamento della valorizzazione delle cessazioni di personale avvenute nel corso dell'esercizio 2013, si è poi fornito il dettaglio dei risparmi attesi nel biennio di vigenza del presente documento per singola categoria di personale

Pur non prevedendosi più l'ipotizzata costituzione di un Dipartimento territoriale ed ambientale, come già indicato nel bilancio regionale di previsione per il 2014, si è stabilito che il finanziamento dell'Agenzia (ARPAM) a carico del FSR sia ridotto di 1,6 €/mln in considerazione dell'avanzo di gestione da quest'ultima registrato nel Consuntivo 2012.

Relativamente alla manovra sui beni e servizi (Programma 9) e al riordino della rete ospedaliera e il recupero della mobilità passiva (Programma 14) la riduzione dei costi variabili (alberghieri, farmaceutici ed economici) scaturisce dagli obiettivi di normalizzazione del tasso di ospedalizzazione (da 189 a 160 pl per 1000 ab) e di contenimento della degenza media per ricovero (da 8 gg a 7gg). Si può stimare come da seguente prospetto:

Economie per riduzione tasso di ospedalizzazione		
N° ricoveri=R	DM = degenza media	GD = giornate degenza
-9.220	8	-73.760

Costi variabili				
Consumi	Costo unitario*	Costi * GD	Costi * R	Totale
Ristorazione	15,28	- 1.126.979	-	- 1.126.979
Lavanderia	5,98	- 440.937,3	-	- 440.937
Farmaci	230,82	-	- 2.128.158	- 2.128.158
Altri sanitari	12	-	- 112.484	- 112.484
<b>Totale</b>		- <b>1.567.916</b>	- <b>2.240.642</b>	- <b>3.808.558</b>

Fonte: Dati ASReM - Verbale SDO 2013

\* Considerati al lordo dell'IVA esclusi i farmaci

#### Prospetto 1: stima risparmi costi variabili da recupero mobilità sanitaria passiva, anni 2014-2015

Ulteriori economie sono attese dalla rinegoziazione dei contratti di acquisto, stimate in 7,3 €/mln (vedi manovra Beni e Servizi).

Riepilogo impatto cumulato manovre			
Valori in €/000			
	2013	2014	2015
<b>Risultato economico tendenziale (A)</b>	- 51.382	- 27.492	- 32.925
<b>Manovra complessiva cumulato annuo (B)</b>	-	- 16.943	- 25.929
Adeguatezza prestazioni da privato	-	-855	-1.710
Altri beni e servizi	-	-5.457	-7.328
Personale sanitario (Blocco Turn Over)	-	-4.219	-7.715
IRAP	-	-262	-391
Farmaceutica Convenzionata	-	-5.215	-7.928
Prodotti farmaceutici ed emoderivati	-	635	712
ARPA	-	-1.570	-1.570
<b>Risultato economico Programmatico (A-B)</b>	<b>-51.382</b>	<b>-10.549</b>	<b>-6.996</b>

Tabella 11: Effetto cumulato delle manovre per gli esercizi 2014 e 2015

Riepilogo impatto singole azioni					
Valori in €/000					
Azione	Ambito intervento	Voci CE	2014	2015	Totale
7.2.1	Erogatori Privati	Adeguatezza prestazioni da privato	-855	-855	-1.710
9.1.1	Beni e Servizi	Altri beni e servizi*	-5.457	-1.871	-7.328
10.1.1	Personale	Personale sanitario (Blocco Turn Over)	-4.219	-3.496	-7.715
10.1.1	Personale	IRAP	-262	-129	-391
17.1	Farmaceutica Territoriale	Farmaceutica Convenzionata	-5.215	-2.713	-7.928
17.1	Farmaceutica Ospedaliera	Prodotti farmaceutici ed emoderivati	635	77	712
1.2	Governance	ARPA	-1.570	0	-1.570
<b>Totale manovre annuali</b>			<b>-16.943</b>	<b>-8.986</b>	<b>-25.929</b>

Tabella 12: Effetto delle manovre per gli esercizi 2014 e 2015

# Aggiornamento e integrazione ai PO 2013-2015

Nell'ottica di recepire le indicazioni contenute nei verbali delle riunioni del Tavolo di Verifica e nei pareri espressi dai Ministeri affiancanti si procede a riportare le azioni e gli interventi oggetto di integrazione e rettifica rispetto alla versione dei Programmi Operativi 2013-2015 inviata al SIVEAS in data 10.12.2013 (prot. SIVEAS 242\_A/2013). Per facilitare la lettura del presente documento sono stati inseriti i soli interventi/azioni oggetto di osservazioni e/o di richiesta di chiarimenti da parte dei ministeri affiancanti. Si è, inoltre, proceduto a elaborare sintetiche risposte alle evidenze riportate nel verbale del Tavolo di Verifica del 19.02.2014 in merito a specifiche sezioni dei Programmi Operativi.

## Programma 1: Governance del PO

### Intervento 1.1: Potenziamento del nucleo di coordinamento

#### Azione 1.1.1: Aggiornamento composizione ed obiettivi NCCP

La Struttura Commissariale, composta dal Commissario e dal Subcommissario, sovrintende all'attuazione del Programma Operativo. A tale scopo assicura che tutte le attività svolte dalle strutture organizzative della Giunta regionale, dall'Azienda del SSR e dagli altri enti e società strumentali della Regione siano orientate al raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Programma Operativo.

La Struttura Commissariale, di conseguenza, si avvale delle strutture amministrative regionali affinché:

- siano attribuiti alla direzione regionale e all'ASReM obiettivi gestionali conformi a quelli contenuti nel Programma operativo;
- sia verificata la congruenza tra i comportamenti amministrativi e le misure organizzative adottate rispetto ai risultati e alle finalità del Programma operativo;
- sia svolta una tempestiva attività di monitoraggio rispetto all'andamento degli obiettivi assegnati.
- sia periodicamente verificata l'adeguatezza degli assetti organizzativi e dei processi gestionali rispetto all'economia di impiego delle risorse e all'efficacia e all'efficienza dell'azione amministrativa.

Nell'esercizio delle proprie funzioni la Struttura Commissariale si avvale dell'assistenza tecnica della Direzione Regionale, dell'Avvocatura regionale e del Servizio Ispettivo del SSR per le funzioni di monitoraggio epidemiologico e, più in generale, dei fenomeni sanitari.

L'azione di coordinamento e monitoraggio da parte della Struttura Commissariale prevede, inoltre:

- il monitoraggio, mediante l'utilizzo del sistema informativo del Programma operativo, dell'attuazione delle azioni previste in capo alle Direzioni/Uffici regionali. Oltre alla gestione delle attività in termini di responsabilità e relative scadenze per identificare tempestivamente inadempienze e/o fattori ostativi esterni (es: atti precedenti in contrasto), il sistema sarà progressivamente integrato con indicatori per la verifica, attraverso l'andamento delle variabili economiche e gestionali, dell'efficacia dell'azione regionale;
- Il monitoraggio dell'attuazione delle azioni previste in capo alla Direzione ASReM, mediante riunioni periodiche per:
  - il coordinamento mensile con la Direzione Generale ASReM per la condivisione ex ante delle azioni prioritarie da porre in essere per far fronte a criticità gestionali rilevate e/o andamenti anomali;
  - la verifica trimestrale, in sede di redazione del Conto Economico Trimestrale, del raggiungimento dei risultati previsti, al fine di approfondire le cause degli scostamenti, anche a supporto della trasmissione della documentazione ai Tavoli di Monitoraggio. A tal fine, i verbali degli incontri saranno trasmessi ai Ministeri affiancanti.

La verifica degli obiettivi programmati costituisce per la Direzione Aziendale ASReM elemento di valutazione ai fini della conferma dell'incarico e comunque elemento di valutazione per le Direzioni Regionali.

A tal fine si specifica che rimane in capo al Direttore Generale ASReM l'implementazione delle misure di rientro dell'Azienda, nell'ambito della strategia definita nel presente Programma Operativo, in quanto soggetto attuatore. Con particolare riferimento alla voce "Beni e Servizi", il Direttore Generale è chiamato a garantire il rientro secondo i Piani Industriali che verranno condivisi nell'ambito degli incontri mensili, atteso che sarà obiettivo della Centrale Acquisti espletare le gare programmate in tempi compatibili con la gestione aziendale, aggiudicandole a prezzi allineati a *benchmark* nazionali e creando le condizioni necessarie per il contenimento dei contenziosi sulle aggiudicazioni.

La Struttura Commissariale, quindi, con l'obiettivo di dare continuità all'attività di monitoraggio e controllo in materia di raggiungimento delle azioni previste dai presenti Programmi Operativi e perseguire la gestione strategica del SSR molisano, intende prorogare l'operatività del NCCP anche per il biennio 2014-2015.

Nell'ottica di aggiornare quanto disposto dal DCA 85/2011, al fine di una più efficace collaborazione tra la Regione e l'unica azienda sanitaria regionale ASReM, con riferimento ai PO 2013-2015 e alla nuova situazione di contesto, la Regione s'impegna ad emanare un apposito decreto di aggiornamento indicante:

- la nuova composizione del nucleo per il periodo 2014-2015;
- lo scadenzario delle azioni previste a carico della Regione evidenziando anche il responsabile per il completamento di ciascuna azione descritta nei presenti Programmi Operativi;
- lo scadenzario delle azioni di competenza ASReM evidenziando anche in questo caso il responsabile del completamento delle azioni previste dai presenti PO.

INDICATORI	
<b>Risultati programmatici</b>	
Assicurare efficace coordinamento tra Struttura Commissariale e responsabili dei singoli interventi.	
Indicatori di risultato	Tempistica
Emanazione Decreto Commissariale su "Attività, funzioni e composizione NCCP per il monitoraggio e controllo dei Programmi Operativi 2013-2015"	Maggio 2014
Emanazione Provvedimento da parte del DG ASReM in attuazione delle azioni previste dai Programmi Operativi 2013-2015 (PAL) e dei relativi referenti aziendali	Maggio 2014
Monitoraggio del livello di attuazione dei programmi operativi mediante l'invio con cadenza trimestrale ai Ministeri affiancanti del report di monitoraggio	Giugno 2014
Raggiungimento da parte di tutti i responsabili regionali degli obiettivi descritti nelle azioni dei PO 2013-2015 entro le scadenze stabilite	Dicembre 2015
Raggiungimento da parte di tutti i responsabili ASReM degli obiettivi descritti nelle azioni dei PO 2013-2015 entro le scadenze stabilite	Dicembre 2015
<b>Responsabile del procedimento attuativo</b>	
Struttura Commissariale	
Direzione Generale ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
L'azione non comporta impatti economici	

### Azione 1.1.2: Le Funzioni della Direzione Generale ASReM.

I processi produttivi all'interno delle strutture che costruiscono le reti devono essere supportati dal riordino delle funzioni centrali di amministrazione, che assumeranno entro il 2014 la configurazione di base esposta nella seguente Tabella 13, superando la residua parcellizzazione ereditata dalla incompleta unificazione delle quattro aziende (poi zone) confluite nell'Azienda sanitaria unica regionale del Molise (ASReM), giusta Legge Regionale 1 aprile 2005, n. 9.

DIREZIONE CENTRALE ASReM			
STRUTTURA	uoc	uos	Totale
Epidemiologia e statistica	1		1
<i>Servizio prevenzione e protezione, rischio clinico e qualità</i>		1	1
<i>Rischio clinico e qualità</i>		1	1
Affari Istituzionali	1		1
<i>Ufficio legale</i>		1	1
<i>Ufficio affari generali</i>		1	1
Gestione e amministrazione risorse umane	1		1
<i>Amm.ne dirigenti area medica e veterinaria</i>		1	1
<i>Amm.ne dirigenti area SPTA</i>		1	1
<i>Amm.ne personale non dirigente</i>		1	1
<i>Amm.ne MMG, PLS, Medicina dei servizi</i>		1	1
Controllo di gestione	1		1
Amministrazione finanza e controllo	1		1
<i>Contabilità generale (ciclo attivo e passivo)</i>		1	1
<i>Contabilità analitica</i>		1	1
<i>Finanza e fiscalità (incassi e pagamenti, Libera professione e attività commerciali)</i>		1	1
Information Communication Technology (ICT)	1		1
Gestione acquisti	1		1
<i>Beni di consumo</i>		1	1
<i>Tecnologie e altri beni durevoli</i>		1	1
<i>Servizi</i>		1	1
Gestione tecnica	1		1
<i>Gestione immobili</i>		1	1
<i>Attrezzature e ingegneria clinica</i>		1	1
Assistenza farmaceutica	1		1
<b>Totale</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>25</b>

L'atto aziendale definisce l'organizzazione di ulteriori uffici in staff alla direzione generale e alle direzioni operative

**Tabella 13: Riassetto organizzazione ASReM**

Le funzioni di amministrazione centrale devono essere organizzate nella sede legale dell'azienda in Campobasso.

In staff alla Direzione Generale, funzionalmente dipendente dalla Direzione Sanitaria, è istituito il coordinamento dei servizi infermieristici, tecnici e riabilitativi aziendali (SITRA) previsti nei distretti e nei presidi ospedalieri.

Entro il 30 giugno 2014 il direttore generale dell'ASReM redigerà l'atto aziendale, completando l'organizzazione e il sistema di governo aziendale tracciato nel presente documento secondo le direttive approvate con DCA n. 7/2013, e gli altri atti correlati, tra i quali prioritariamente la dotazione organica del personale con la individuazione e graduazione delle posizioni dirigenziali e degli incarichi di particolare rilievo del personale non dirigenziale, nel rispetto dei vincoli normativi e finanziari generali e dei fondi retributivi contrattuali.

La dotazione organica dovrà essere dimensionata tenendo conto dei costi non rilevati a CE a conti diversi da quelli del personale per servizi sanitari appaltati in alternativa alla gestione diretta, per contratti di somministrazione, consulenze ed altri rapporti atipici, che falsano il costo attualmente rilevato per natura. Sulla base di questi elementi si stimano i risparmi attesi esposti nel CE programmatico dei programmi operativi.

Nell'ambito delle indicazioni contenute nel documento del Ministero della Salute-Dipartimento della Programmazione-Comitato Permanente LEA, approvato nella seduta del 26.03.2012, l'ASReM, con l'atto aziendale potrà eventualmente proporre, per motivate e documentate esigenze assistenziali ed organizzative, l'istituzione di UOS e UOVD, ad invarianza delle UOC presenti nel presente documento programmatico.

Atto aziendale e documenti correlati saranno sottoposti ad approvazione da parte del Commissario ad acta.

Entro la stessa data del 30 giugno 2014 il direttore generale verifica che le procedure di acquisto di beni e servizi siano accentrate, seguendo il principio dell'omogeneizzazione dei consumi e salvo le procedure di gestione economale di competenza delle strutture, in modo che l'azienda operi come Centrale Unica per gli approvvigionamenti che non si possano effettuare tramite CONSIP.

Entro settembre 2014 la direzione generale dell'azienda approva il programma per il rinnovo, entro dicembre 2015, di tutti i contratti scaduti, allo scopo di eliminare il ricorso alle proroghe, in quanto non consentite dal vigente Codice degli appalti, perseguendo l'obiettivo di risparmio stimato nel CE Programmatico.

Per quanto concerne i flussi informativi NSIS, che presentano tuttora criticità in termini di completezza, accuratezza e tempestività, la riorganizzazione delle unità operative aziendali "Controllo di gestione" e "Information Communication Technology (ICT)" ed il competente organismo regionale garantiranno il totale allineamento degli adempimenti alle scadenze regionali e nazionali entro il 30 settembre 2014. Sono operativi dal 2013 il SIMES – Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (provvedimento direttoriale n.128/2013, che ha recepito il DM 11 dicembre 2009) e l'HOSPICE – Monitoraggio dell'assistenza erogata in Hospice (provvedimento direttoriale n. 161/2013, che ha recepito il DM 6 giugno 2012).

I flussi informativi, oltre a garantire l'alimentazione delle banche dati nazionali, sono finalizzati a supportare le decisioni di governo dell'azienda sanitaria e del SSR. Il programma prevede che entro il 2015 sia completato, con congrui investimenti tecnologici, il Centro unificato di prenotazione, in modo da superare il sistema attuale di prenotazione per singole aree geografiche regionali e consentendo l'integrale connessione dei sistemi ICT medicali al sistema informativo gestionale dell'ASReM e del SSR, includendovi gradualmente le strutture sanitarie e socio sanitarie e le cure primarie.

Il sistema informativo dovrà integrarsi, ai fini gestionali di controllo dell'equilibrio economico e dell'erogazione dei LEA, all'organico sistema di Programmazione e Controllo e, grazie all'investimento ex art. 79, comma 1 sexies della legge n. 133/2008, di cui al Protocollo di Intesa sottoscritto tra il Ministero della Salute e la Regione Molise il 04.02.2014, dovrà garantire la disponibilità costante e tempestiva di dati economici, gestionali e produttivi in grado di supportare la direzione nella governance aziendale, fornendo altresì alla Regione i dati necessari ad assicurare un regolare monitoraggio.

In base alle potenzialità informative attuali, dal 1° luglio 2014 l'azienda procede ad avviare un processo di previsione annuale (*budgeting*), correlando la programmata produzione quantitativa e qualitativa delle prestazioni/servizi alle risorse disponibili e a rilevare organicamente le prestazioni ospedaliere e ambulatoriali erogate, valorizzandole, a fini di analisi interna, secondo i tariffari regionali vigenti e almeno i principali costi analitici di esercizio (personale, costi alberghieri, consumi di beni sanitari ed economici, prestazioni sanitarie intermedie, utenze) delle singole unità operative, sulla base delle direttive contenute nell'allegato 1.

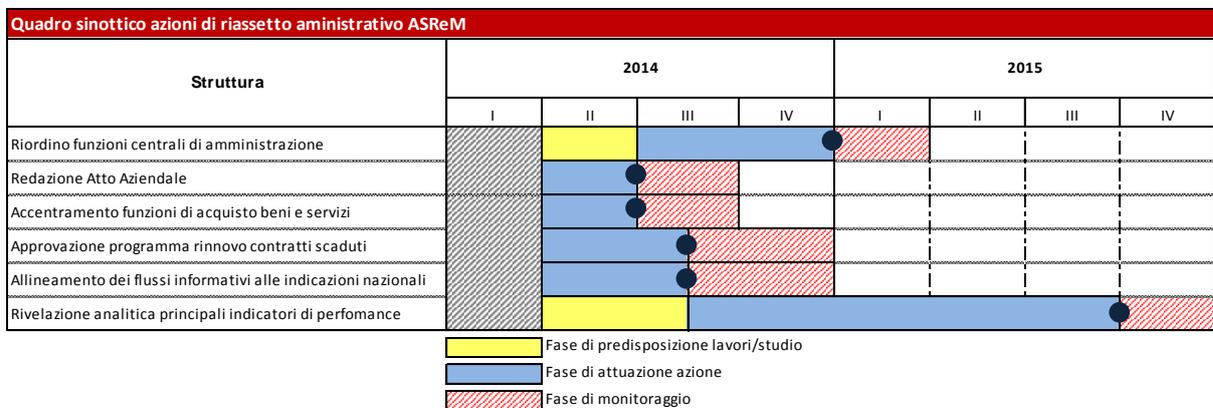


Figura 1: Quadro sinottico interventi e relative tempistiche di realizzazione per il riassetto amministrativo dell'ASReM

<b>INDICATORI</b>	
<b>Risultati programmatici</b>	
Efficientamento delle risorse ASReM	
Riassetto della struttura amministrativa aziendale	
Razionalizzazione dei costi derivanti dal nuovo assetto organizzativo	
Potenziamento funzioni di controllo e pianificazione aziendale	
<b>Indicatori di risultato</b>	<b>Tempistica</b>
Redazione Atto Aziendale, secondo le direttive del DCA 7/2013, e conseguente emanazione dello stesso	Giugno 2014
Accentramento delle funzioni di acquisto di beni e servizi e delle relative procedure	Giugno 2014
Rinnovamento e normalizzazione dei contratti scaduti	Settembre 2014
Riorganizzazione delle funzioni Controllo di gestione e servizio informatico al fine di superare le criticità dei flussi informativi NSIS	Settembre 2014
Avvio del processo di budgeting annuale	Luglio 2014
<b>Responsabile del procedimento attuativo</b>	
Direzione Generale ASReM	
<b>VALORIZZAZIONE ECONOMICA</b>	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

## Intervento 1.2: Adempimenti LEA

### Azione 1.2.1: Superamento degli adempimenti LEA

Considerata la rilevanza dei fondi di premialità connessi, al fine di garantire liquidità al SSR, si ritiene prioritario adottare meccanismi che garantiscano il rispetto degli adempimenti LEA alle scadenze prefissate. Il presente Programma Operativo, con le azioni previste, si pone l'obiettivo di porre fine alle numerose inadempienze registrate dalla Regione nel corso degli anni precedenti. Tuttavia, al fine di rendere operative la maggior parte delle azioni di riorganizzazione e poter di seguito osservarne gli effetti si ritiene necessario un periodo di tempo che è stato stimato di 8-10 mesi. La Regione si propone di raggiungere, quindi, il superamento della maggior parte degli adempimenti LEA entro Dicembre 2014 per poi poter consolidare la propria posizione di adempienza nel primo semestre del 2015.

LEA 2012	
Intervento	Status attuale
a) Stabilità ed equilibrio di gestione del SSR	In istruttoria
b) Scheda di rilevazione acquisti beni e servizi	In istruttoria
c) Obblighi informativi	Inadempiente
d) Patto di stabilità interno	In istruttoria
e) Mantenimento erogazione LEA	Inadempiente con rinvio al PdR
f) Dotazione standard posti letto	Inadempiente con rinvio al PdR
g) Appropriatezza	In situazione critica
h) Liste d'attesa	Inadempiente
j) Monitoraggio prescrizioni sistema TS	In istruttoria
k) Ricettari	In istruttoria
l) Controllo spesa farmaceutica	In istruttoria
n) Contabilità analitica	Inadempiente
r) Riduzione assistenza ospedaliera erogata	Inadempiente con rinvio al PdR
s) Assistenza residenziale e semiresidenziale	Inadempiente
u) Prevenzione	Inadempiente
x) Implementazione percorsi diagnostici terapeutici	Inadempiente
aa) Vincolo di crescita della spesa del 2%	In istruttoria
ab) Certificazioni trimestrali di accompagnamento al conto	In istruttoria
ad) Accantonamenti personale dipendente e convenzionato	In istruttoria
ae) Accordi integrativi con MMG e PLS	In istruttoria
af) Esenzioni	In istruttoria
ag) Contenimento spesa personale dipendente	In istruttoria
ak) Riorganizzazione rete laboratoristica	Inadempiente con rinvio al PdR
al) Tutela della salute nei luoghi di lavoro	In istruttoria
am) Controllo cartelle cliniche	Inadempiente
ao) Cure palliative e terapia del dolore	Inadempiente con rinvio al PdR
ap) Sanità penitenziaria	Inadempiente
ar) Consumi ospedalieri dei medicinali	In istruttoria
as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti	In istruttoria
at) Certificabilità dei Bilanci sanitari	In istruttoria
av) EMUR	In istruttoria
aw) SIAD	In istruttoria
ax) FAR	In istruttoria
aaa) Blocco del turn over	In istruttoria
aab) SISM	Adempiente con impegno
aae) Attività trasfusionale	Inadempiente
aa f) Percorso nascita	Inadempiente
aa g) Emergenza-urgenza	Inadempiente
aa i) Riabilitazione	Inadempiente

Tabella 14: Griglia Adempimenti LEA, stato inadempienze rilevate dai Ministeri vigilanti al 05.04.2014

INDICATORI	
<b>Risultati programmatici</b>	
Assicurare superamento adempimenti previsti dai questionari LEA	
<b>Indicatori di risultato</b>	<b>Tempistica</b>
Pieno superamento degli adempimenti LEA per l'anno 2012 e pregressi	Giugno 2015
<b>Responsabile del procedimento attuativo</b>	
Struttura Commissariale	
Direzione Generale e Sanitaria ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

## Programma 2: Attuazione del D.Lgs. n. 118/2011

### Intervento 2.1: Attuazione 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, nel corso del biennio 2014-2015, saranno eseguite le azioni già descritte nella precedente versione dei Programmi Operativi (Prot.SIVEAS 242\_A/2013), ponendo particolare attenzione alle indicazioni fornite nei pareri ministeriali a riguardo. In particolare:

- individuazione del terzo certificatore dei dati della GSA di cui all'art. 22, comma 3, lettera d), del D.Lgs. n. 118/2011;
- implementazione di un sistema di controllo interno, mediante apposito DCA.

La Regione Molise intende, a tale proposito, anticipare le scadenze precedentemente fissate, così come suggerito dai Ministeri affiancanti. Si prevede quindi l'individuazione del terzo certificatore entro Giugno 2014 e l'implementazione del sistema di controllo interno entro Dicembre 2014.

INDICATORI	
<b>Risultati programmatici</b>	
Individuazione il terzo certificatore dei dati della GSA di cui all'art. 22, comma 3, lettera d), del D.Lgs. n. 118/2011	
Implementazione modello di controllo interno	
Implementazione modello di reporting sullo stato dei trasferimenti delle risorse del SSR da parte della Regione	
<b>Indicatori di risultato</b>	<b>Tempistica</b>
Nomina del terzo certificatore dei dati della GSA, di cui all'art. 22, comma 3, lettera d), del D.Lgs. n. 118/2011	Giugno 2014
Costituzione piattaforma informatica di integrazione dati economico-patrimoniali della GSA e del bilancio regionale	Dicembre 2014
Approvazione sistema controllo interno sulla verifica dello stato di attuazione del D.Lgs. n. 118/2011	Dicembre 2014
Approvazione modello di reporting sui trasferimenti delle risorse del SSR alla GSA e all'ASReM da parte della Regione	Dicembre 2014
<b>Responsabile del procedimento attuativo</b>	
Struttura Commissariale	
Dirigente responsabile GSA	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

### Programma 3: Certificabilità dei bilanci del SSR

#### Intervento 3.1: Certificabilità dei bilanci del SSR

##### Azione 3.1.1: Attuazione PAC

Rispetto a quanto già esposto nella precedente versione dei PO (prot.SIVEAS 242\_A/2013) la Regione intende potenziare la fase di reporting e monitoraggio, così come suggerito dai Ministeri affiancanti. A tal proposito si prevede la redazione di una relazione periodica, a cadenza trimestrale, finalizzata a valutare eventuali modifiche da apportare al PAC. Si valuterà, inoltre, la possibilità di attivare altri strumenti di monitoraggio da affiancare alla relazione trimestrale. A tal fine le scadenze previste in precedenza sono anticipate a Settembre 2014, così come la messa a regime della reportistica di monitoraggio.

INDICATORI	
<b>Risultati programmatici</b>	
Attuazione PAC	
<b>Indicatori di risultato</b>	<b>Tempistica</b>
Verifica redazione PAC e raggiungimento obiettivi secondo le azioni previste	Settembre 2014
<b>Responsabile del procedimento attuativo</b>	
Struttura Commissariale	
Dirigente responsabile GSA	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

### Programma 4: Flussi informativi

#### Intervento 4.1: Potenziamento e miglioramento dei flussi informativi gestionali e contabili.

##### Implementazione nuovi flussi

Relativamente alle azioni di normalizzazione dei flussi informativi e al potenziamento degli stessi la Regione Molise intende attuare le azioni già previste nella precedente versione dei Programmi Operativi, lasciando al tempo stesso invariate le scadenze in essa fissate. Inoltre, sono state previste altre azioni di potenziamento dei servizi, in capo alla regione e all'Azienda sanitaria. In particolare si rimanda all'Azione 1.1.2: Le Funzioni della Direzione Generale ASReM. per maggiori dettagli.

### Programma 5: Accredimento

#### Intervento 5.1: Proseguimento del processo di accreditamento istituzionale

##### Azione 5.1.1: Individuazione del fabbisogno di prestazioni per tutte le tipologie assistenziali (sanitarie e sociosanitarie), e conseguente definizione del fabbisogno di offerta, articolato per ciascun livello di assistenza

Sono attualmente in corso le procedure per la definizione dei fabbisogni assistenziali per tipologia di assistenza sanitaria. A tal proposito si rimanda al Programma 14: Equilibrio ospedale-territorio, in cui sono stati già evidenziati alcuni fabbisogni assistenziali inerenti l'attività ospedaliera e territoriale.

##### Azione 5.1.2: Conclusione processo di accreditamento istituzionale

Rispetto ai processi di accreditamento, vista la sostanziale modifica delle reti assistenziali a cui questo documento di programmazione punta entro la fine del 2015, si prevede un'azione di revisione degli attuali accreditamenti. Tale procedura, tuttavia, non potrà essere effettuata prima di un ragionevole lasso temporale, necessario all'adeguamento delle strutture pubbliche ai parametri prescritti ed alla conseguente e successiva determinazione delle necessità assistenziali da demandare agli erogatori privati. Saranno, comunque, avviate tutte le procedure di comunicazione utili al fine di tenere aggiornati i Ministeri affiancanti circa lo stato di attuazione della revisione dell'accredimento. Tale procedura si sostanzierà nella redazione di una sintetica scheda di monitoraggio per ciascuna tipologia assistenziale da inviare, con cadenza trimestrale.

INDICATORI	
<b>Risultati programmatici</b>	
Revisione accreditamento delle strutture private del SSR	
Indicatori di risultato	Tempistica
Conclusione processo di revisione degli accreditamenti	Dicembre 2015
Redazione e invio scheda di monitoraggio trimestrale	Da Settembre 2014
<b>Responsabile del procedimento attuativo</b>	
Struttura Commissariale	
Dirigente responsabile Ospedalità pubblica e privata	
Direzione Generale ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

## Programma 7: Rapporti con gli erogatori

### Intervento 7.1: Ricognizione e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni territoriali

#### Azione 7.1.1: Aggiornamento e correzione delle tariffe per prestazioni territoriali.

La regione ha provveduto ad emanare appositi decreti commissariali di aggiornamento delle tariffe. In particolare sono stati emanati i DCA 37/2013 sulle prestazioni ambulatoriali e il DCA 19/2013 sulle prestazioni ospedaliere. Entrambi i decreti sono stati inviati ai ministeri affiancanti per l'approvazione.

### Intervento 7.2: Stipula intese e contratti con erogatori privati accreditati

#### Azione 7.2.1: Allineamento budget di spesa in base alla normativa vigente e conseguente sottoscrizione dei contratti.

La Regione Molise intende superare la questione relativa alla mancata sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati entro e non oltre Giugno 2014. A tal proposito saranno, quindi, attivate tutte le procedure necessarie al raggiungimento entro la scadenza prefissata, della sottoscrizione dei contratti.

Infine, relativamente alla valorizzazione proposta nella precedente versione dei Programmi Operativi, viene mantenuta intatta la previsione di risparmi derivanti dall'applicazione delle disposizioni del DL 95/2012, nonché la previsione di risparmio derivante dai maggiori controlli sull'appropriatezza. Sono stati, infatti, emanati i decreti commissariali relativi ai tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni da strutture private accreditate sia per l'assistenza ospedaliera (DCA 33/2013) che per la specialistica ambulatoriale (DCA 34/2013).

INDICATORI	
<b>Risultati programmatici</b>	
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
Sottoscrizione contratti di acquisto delle prestazioni con gli erogatori privati accreditati per l'anno 2014	Giugno 2014
Sottoscrizione contratti di acquisto delle prestazioni con gli erogatori privati accreditati per l'anno 2015	Dicembre 2014
<b>Responsabile del procedimento attuativo</b>	
Struttura Commissariale	
Ufficio per l'Ospedalità pubblica e privata	
Ufficio per l'assistenza territoriale	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
Riduzione costi da Spending Review (Legge 135/2012)	12,7 €/mln
Rinegoziazione budget di spesa anni 2014/2015 a seguito di riduzione dei ricoveri inappropriati	2,5 €/mln
<b>TOTALE</b>	<b>15,2 €/mln</b>

### Intervento 7.3: Rapporto con le Università

#### Azione 8.1.1: Regolazione rapporti con l'Università del Molise.

I rapporti tra Regione e Università del Molise saranno regolati, entro dicembre 2014, da un Protocollo d'intesa che terrà conto della specificità che i suddetti rapporti presentano nella regione Molise. Il decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, stabilisce, infatti, all'art. 2, comma 1, che la collaborazione tra Servizio sanitario nazionale e università si realizza principalmente attraverso aziende ospedaliere-universitarie, non presenti nella regione Molise.

Il Protocollo dovrà specificare quali unità operative ospedaliere dovranno essere a direzione universitaria e quale personale medico e sanitario non medico, sia ospedaliero che per le strutture territoriali, l'università metterà a disposizione dell'ASReM per la copertura di posti previsti nella sua dotazione organica. Il costo del personale universitario, secondo la graduazione degli incarichi conferiti ai docenti e ricercatori, non deve risultare aggiuntivo, ma – al contrario – per la parziale remunerazione prevista dal decreto n. 517/1999, un vantaggio per l'equilibrio economico della gestione.

Il Protocollo dovrà disciplinare 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.

### Programma 8: Formazione e comunicazione ai cittadini

#### Intervento 8.1: Potenziamento della formazione del personale e della comunicazione ai cittadini

##### Azione 8.1.1: Organizzazione del sistema di formazione continua ai sensi degli Accordi Stato Regioni 1° agosto 2007, 5 novembre 2009 e 19 aprile 2012

Con invio LEA\_Molise-140-08/11/2013-0000067-A - è stata integrata la documentazione trasmessa in precedenza al Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA.

I documenti inviati sono:

- nota relazione prot. 14312 dell'8 novembre 2013;

- Determinazione del DG Salute n.199 del 6 agosto 2013 (Modifica del Bando accreditamento provvisorio Provider ECM emanato con Determinazione DG Salute n.92 del 16 aprile 2013 - invio LEA\_Molise-140-31/05/000024-A -);
- Determinazione Dirigenziale n.43 del 16 ottobre 2013.

Il Comitato LEA ha certificato l'avvenuto adempimento in data 24 gennaio 2014.

Relativamente alle altre azioni previste per il Programma 8 viene confermato quanto già descritto nella precedente versione dei P.O. 2013-2015 di Dicembre 2013 (Prot. SIVEAS 242\_A/2013). Vengono inoltre confermate le scadenze connesse.

### **Programma 9: Razionalizzazione della spesa**

#### **Intervento 9.1: Razionalizzazione della spesa per l'acquisto di beni e servizi**

Relativamente alle azioni previste per il Programma 9 viene confermato quanto già descritto nella precedente versione dei P.O. 2013-2015 di Dicembre 2013 (Prot. SIVEAS 242\_A/2013).

### **Programma 10: Gestione del personale**

#### **Intervento 10.1: Contenimento della spesa per il personale**

##### **Azione 10.1.1: Politica di blocco del turn over e politiche di contenimento della spesa di altre tipologie di personale per gli anni 2013-2015**

Relativamente alle manovre di contenimento dei costi di personale, restano valide le azioni e le relative valorizzazioni contenute nella precedente versione dei Programmi Operativi (prot. SIVEAS 242\_A/2013). Si precisa, tuttavia, che le stime relative al risparmio derivante dalla cessazione delle unità di personale sono accompagnate, come previsto dalle normative vigenti, dalla contestuale riduzione dei fondi per la contrattazione integrativa. Inoltre, rispetto a quanto richiesto dal Verbale del Tavolo di verifica del 19.02.2014, ovvero la presentazione di una breve relazione accompagnata da tabelle analitiche che dia rappresentazione del percorso di rientro fin qui effettuato dalla Regione, si ricorda che con l'invio di Dicembre 2013 (PO del 10.12.2013) è stato inoltrato un allegato (Allegato 2) con il quale si è risposto alle richieste effettuate.

Quanto allo sblocco del turn over del personale, si procederà successivamente alla determinazione della dotazione organica a regime, previa ricollocazione del personale che risultasse in esubero per effetto di dimissioni, accorpamenti e riconversione delle strutture aziendali e previa autorizzazione ministeriale.

### **Programma 11: Sanità pubblica**

#### **Intervento 11.1: Attività di prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare**

Per maggiori dettagli si veda il successivo "Programma 14: Riequilibrio Ospedale – Territorio".

### **Programma 12: Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare**

#### **Intervento 12.1: Sanità pubblica veterinaria e Sicurezza alimentare**

Per maggiori dettagli si veda il successivo "Programma 14: Riequilibrio Ospedale – Territorio".

### **Programma 13: Reti assistenziali per intensità di cure**

Per maggiori dettagli si veda il successivo "Programma 14: Riequilibrio Ospedale – Territorio".

## Programma 14: Riequilibrio Ospedale-Territorio

### Intervento 14.1: La Rete Ospedaliera

#### Stato attuale

L'analisi di quanto riportato nei flussi HSP relativi all'anno 2013 evidenzia un eccesso di posti letto complessivi per 0,4 PL per 1.000 abitanti rispetto agli standard nazionali previsti (4,1 vs. 3,7 PL per 1.000 abitanti).

Dotazione PL in Molise - Anno 2013					
ACUZIE			POST ACUZIE		
	TOTALE			TOTALE	
Regime ricovero	DO	DH	Regime ricovero	DO	DH
<b>Pubblico</b>			<b>Pubblico</b>		
Cardarelli	279	47	Cardarelli	7	-
SS Rosario	28	4	SS Rosario	32	-
Veneziale	119	20	Veneziale	-	-
S Timoteo	162	28	S Timoteo	-	-
Vietri	14	7	Vietri	59	-
Caracciolo	26	12	Caracciolo	14	-
<b>Totale Pubblico</b>	<b>628</b>	<b>118</b>	<b>Totale Pubblico</b>	<b>112</b>	<b>-</b>
<b>Privato</b>			<b>Privato</b>		
Fondazione G.P.II	98	12	Fondazione G.P.II	14	-
Neuromed	98	6	Neuromed	56	-
Villa Esther	46	8	Villa Esther	20	-
Villa Maria	34	6	Villa Maria	-	-
IGEA	-	-	IGEA	40	-
<b>Totale Privato</b>	<b>276</b>	<b>32</b>	<b>Totale Privato</b>	<b>130</b>	<b>-</b>
Popolazione	319.780		Popolazione	319.780	
<b>Totale ACUZIE</b>	<b>1.054</b>		<b>Totale POST ACUZIE</b>	<b>242</b>	
<b>PL per 1.000 ab.</b>	<b>3,3</b>		<b>PL per 1.000 ab.</b>	<b>0,8</b>	

TOTALE COMPLESSIVO	
<b>Totale posti letto</b>	<b>1.296</b>
<b>PL per 1.000 ab.</b>	<b>4,1</b>

Tabella 15: Situazione nel 2013 della dotazione di posti letto nella Regione Molise (Dati NSIS - Flussi HSP - anno 2013)

### Analisi della mobilità attiva e passiva

Il decreto legge n. 95/2012, convertito in legge n.135/2012, ha fissato “ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per 1000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per 1000 abitanti per la lungodegenza e riabilitazione post acuzie”, il fabbisogno di dotazione dell’assistenza ospedaliera, “tenendo conto della mobilità interregionale”, che per il Molise consiste (Con riferimento all’anno 2012) in 13.466 ricoveri in altre regioni. Si tratta del 22,68% del totale dei ricoveri, come esposto nella seguente Tabella 16.

TASSO OSPEDALIZZAZIONE INTERNO ED ESTERNO 2012						
Tipologia di ricovero (Escluso DRG 391)	n° SDO	Erogate in Molise		Erogate in altre regioni		Tasso ospedalizzazione
		n° SDO	% su tot	n° SDO	% su tot	
Popolazione ISTAT (2012)						313.345
ricovero ordinario	38.353	29.579	77,12	8.774	22,88	122,40
day hospital/surgery	18.803	14.739	78,39	4.064	21,61	60,01
<b>totale acuzie</b>	<b>57.156</b>	<b>44.318</b>	<b>77,54</b>	<b>12.838</b>	<b>22,46</b>	<b>182,41</b>
lungodegenza e riabilitazione	2.208	1.580	71,56	628	28,44	7,05
<b>totale complessivo</b>	<b>59.364</b>	<b>45.898</b>	<b>77,32</b>	<b>13.466</b>	<b>22,68</b>	<b>189,45</b>

Tabella 16: Analisi flussi di mobilità passiva vs. prestazioni erogate in regione (Dati SDO - anno 2012)

Il tasso di ospedalizzazione, indice di inappropriatazza del trattamento del bisogno assistenziale, è di 29,45 punti (corrispondenti a 9.229 ricoveri) superiore allo standard di 160 per mille abitanti stabilito dalla programmazione nazionale (+18,41%).

Obiettivo del programma operativo è di ricondurre, entro il 2015, il tasso di ospedalizzazione al valore standard di 160 per mille abitanti, con le azioni di seguito descritte.

La serie storica dei ricoveri di cittadini molisani in altre regioni evidenzia un trend stabile nel tempo (13.746 nel 2009, 13.457 nel 2010, 13.329 nel 2011, 13.466 nel 2012) ed è l’indicatore della insufficiente capacità delle strutture dell’unica azienda sanitaria regionale di soddisfare, sia in termini quantitativi che qualitativi, la domanda di prestazioni della popolazione molisana.

Compensando i ricoveri negli ospedali pubblici della regione di pazienti provenienti dalle regioni limitrofe al Molise (mobilità attiva), permane a carico del bilancio del SSR un saldo negativo cospicuo (29 euro/mln) riepilogato nella seguente Tabella 17.

Molise - Mobilità Ospedaliera 2012 (dati I° invio)							
ENTI	Mobilità Passiva			Mobilità Attiva			Saldo
	SDO (incluso drg 391)	€	%	SDO (incluso drg 391)	€	%	€
ASReM	13.817	(45.648.554)	100%	6.756	16.641.441	29,7%	(29.007.113)
Privati				10.120	39.313.513	70,3%	39.313.513
<b>Totale</b>	<b>13.817</b>	<b>(45.648.554)</b>	<b>100%</b>	<b>16.876</b>	<b>55.954.954</b>	<b>100,0%</b>	<b>10.306.400</b>

Tabella 17: Analisi valore economico delle prestazioni ospedaliere - mobilità passiva vs. mobilità attiva (Dati SDO - anno 2012, I invio)

È come se il Molise detenesse e finanziasse fuori dei confini regionali, per il saldo negativo di 7.061 ricoveri, un ospedale di circa 100 posti letto, al costo di 29 euro/mln, come si può esemplificare, con valori prudenziali, nella seguente Tabella 18.

DIMENSIONE TEORICA OSPEDALIERA FUORI REGIONE				
N° ricoveri	Tasso utilizzo	Degenza media	Giornate degenza	Posti letto
7.061	100%	5,2	36.717	101

Tabella 18: Stima impatto in termini di posti letto delle prestazioni Ospedaliere in mobilità passiva (Dati SDO - anno 2012, I invio)

Se non si tenesse conto di questa situazione attuale, il SSR impegnerebbe con la dotazione di strutture astrattamente calibrate sullo standard nazionale (3,7 pl per 1000 ab.) risorse di capacità produttiva che rimarrebbero non utilizzate, ossia superiori al suo fabbisogno, con la conseguenza di gravare il bilancio sanitario

di costi fissi non coperti dal valore delle prestazioni, che si sommerebbero al costo di acquisto pagato alle altre regioni a tariffa.

Valutazioni analoghe discendono dall'analisi dei flussi della mobilità extra ospedaliera, veicolati per lo più dalla mobilità ospedaliera, come si evince dalle seguenti Tabella 19 e Tabella 20.

Molise - Mobilità Medicina Specialistica 2012 (dati I° invio)					
ENTI	Mobilità Passiva		Mobilità Attiva		Saldo
	€	%	€	%	€
ASReM	(5.014.262)	100%	1.987.576	7,3%	(3.026.686)
Privati			25.069.707	92,7%	25.069.707
<b>Totale</b>	<b>(5.014.262)</b>	<b>100%</b>	<b>27.057.283</b>	<b>100,0%</b>	<b>22.043.020</b>

Tabella 19: Analisi valore economico delle prestazioni di specialistica ambulatoriale - mobilità passiva vs. mobilità attiva (Anno 2012, I invio)

Molise - Altra mobilità 2012 (dati I° invio)							
Tipologia	Mobilità Passiva			Mobilità Attiva			Saldo
	ASReM	Privati	Totale	ASReM	Privati	Totale	
Medicina generale	(321.802)	0	(321.802)	155.432	0	155.432	(166.370)
Farmaceutica	(1.144.962)	0	(1.144.962)	509.761	0	509.761	(635.201)
Farmaci somministrazione diretta	(2.911.969)	0	(2.911.969)	583.752	840.603	1.424.355	(2.328.217)
Cure termali	(699.213)	0	(699.213)	0	0	0	(699.213)
<b>Totale</b>	<b>(5.077.946)</b>	<b>0</b>	<b>(5.077.946)</b>	<b>1.248.945</b>	<b>840.603</b>	<b>2.089.548</b>	<b>(3.829.001)</b>
Extra file*	(804.475)	0	(804.475)	2.547	0	2.547	(801.928)

\* Radiochirurgia stereotassica, IBMDR, Plasmaderivati, Emocomponenti, Hanseniani, Residuo manicomiale.

Tabella 20: Analisi valore economico delle altre prestazioni sanitarie - mobilità passiva vs. mobilità attiva (Anno 2012, I invio)

Dato il flusso di mobilità passiva fisiologico per discipline che la dimensione demografica regionale non permetterà di organizzare (grandi ustionati, trapianti, malattie rare, unità spinale unipolare, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia della mano, microchirurgia, medicina del lavoro, centro antiveneni etc.), la maggior parte dei ricoveri in mobilità può essere recuperata, nel medio lungo termine, soltanto a condizione di una completa riqualificazione delle reti assistenziali regionali e dell'attivazione di procedure di governo della domanda nonché responsabilizzando, con gli strumenti delle convenzioni e dei contratti collettivi di lavoro, i medici di famiglia e gli operatori dell'Azienda Sanitaria Regionale.

Il numero dei posti letto per ricoveri fuori regione, sommato alla riduzione dello standard di posti letto per discipline non attivabili per la dimensione demografica della regione, permette di stimare in circa 150 PL il fabbisogno che il Molise deve detrarre dalla dotazione standard di 3,7 per mille abitanti, applicando i requisiti richiesti per le alte specialità (d. m. 29 gennaio 1992; studio AGENAS 2011 sui bacini di utenza per specialità pubblicato in Monitor n. 27/2011), salvo compensarli con la mobilità attiva di competenza delle strutture private accreditate, che si possono calcolare con i medesimi parametri della Tabella 18 e che sono esposti nella seguente Tabella 21.

FABBISOGNO LETTI STRUTTURE PRIVATE PER RICOVERI DA ALTRE REGIONI				
N° ricoveri	Tasso utilizzo	Degenza media	Giornate degenza	Posti letto
10.120	100%	5,2	52.624	144

Tabella 21: Stima impatto posti letto recuperabili dalla mobilità passiva e dalle discipline ad alto bacino demografico (Dati SDO - anno 2012, I invio)

La Regione Molise spende, altresì, per mobilità passiva di riabilitazione extra ospedaliera circa 3,8 €/mln per prestazioni di cui alla successiva (Tabella 22). L'ASReM, ad oggi, non offre prestazioni ex. Art. 26 della Legge 833/1978, che valgono circa 12,7 €/mln. Le azioni per il recupero della mobilità sono identificate nelle azioni della sezione successiva riferita al Piano di Riabilitazione extra ospedaliera.

<b>MOBILITA' PASSIVA RIABILITAZIONE EXTRA OSPEDALIERA 2012</b>				
<b>Tipologia</b>	<b>Spesa</b>	<b>%</b>	<b>Prestazioni</b>	<b>%</b>
Internati gravi	1.248.025	43	3.540	15
Coma prolungato	321.648	11	1.098	5
Altri internati	808.511	28	7.789	34
Seminternati	157.404	5	2.640	11
Ambulatoriali	149.714	5	3.746	16
Domiciliari	190.028	7	4.294	19
<b>Totale</b>	<b>2.875.331</b>	<b>100</b>	<b>23.107</b>	<b>100</b>

Tabella 22: Dettaglio delle prestazioni in mobilità passiva per Riabilitazione extra Ospedaliera

### Azione 14.1.1: Riassetto Rete Ospedaliera regionale e recupero della mobilità passiva regionale

#### Dotazione di posti letto

La rete ospedaliera ottimale che scaturisce dall'analisi di fabbisogno suesposta, a norma dell'art. 15, comma 13, lettera c), decreto legge n. 95/2012 (tenendo conto della mobilità interregionale, positiva soltanto per le principali strutture private), è quella riepilogata nella seguente Tabella 23, aggiornata sulla popolazione ISTAT applicata dalla Conferenza Stato Regioni per il riparto del FSN 2013:

<b>REGIONE MOLISE - RETE OSPEDALIERA D.L. 95/2012</b>		
popolazione istat	313.145	
	<b>Standard SSN pl/1000</b>	<b>Dotazione PL</b>
Acuzie	3,0	940
Post Acuzie	0,7	220
<b>Totale</b>	<b>3,7</b>	<b>1.160</b>

Tabella 23: Stima dotazione Posti Letto in base al D.L. 95/2012 (Dati demografici: Popolazione ISTAT al 01.01.2012)

La programmata distribuzione di posti letto tra ospedali pubblici e privati è quella esposta nella seguente Tabella 24.

<b>REGIONE MOLISE - RETE OSPEDALIERA D.L. 95/2012</b>						
<b>PL</b>	<b>pubblico</b>	<b>%</b>	<b>privati</b>	<b>%</b>	<b>Totale</b>	<b>%</b>
Acuzie	618	65,81	321	34,19	939	100,00
Post Acuzie	95	43,38	124	56,62	219	100,00
<b>Totale</b>	<b>713</b>	<b>61,57</b>	<b>445</b>	<b>38,43</b>	<b>1158</b>	<b>100,00</b>

Tabella 24: Stima dotazione Posti Letto in base al DL 95/2012 – Divisione tra comparto pubblico e strutture private accreditate

La dotazione sarà suscettibile di variazioni, positive o negative, in applicazione di accordi di confine, che la Regione ha chiesto di negoziare con le regioni limitrofe, verosimilmente da concludersi in esecuzione del nuovo Patto per la salute, in proiezione della sua validità temporale. L'obiettivo principale resta quello di riassorbire le prestazioni in mobilità passiva che possono essere erogate all'interno degli ospedali e delle strutture extra ospedaliere pubbliche.

In termini finanziari il recupero plausibile di mobilità passiva, entro il 2015, si può stimare al 6% dell'attuale saldo negativo totale in mobilità pari a 35,8 euro/mln: ossia un risparmio di 2,15 euro/mln. Tuttavia, per fini prudenziali, non si è proceduto ad inserire tale ipotesi di risparmio all'interno del CE programmatico relativo agli esercizi 2014 e 2015.

Tenuto conto delle suddette condizioni, il Molise non sacrifica l'organizzazione ospedaliera pubblica a favore degli operatori sanitari privati - uno dei quali è Istituto di ricerca e cura a carattere scientifico e, quindi, ospedale "a rilevanza nazionale", la cui dimensione deve soddisfare le esigenze della ricerca oltre che l'erogazione di

prestazioni di alta specialità (art. 1 d.lgs. 288/2003) - né applica uno standard superiore a quello nazionale (3,7 posti letto per 1000 abitanti).

Le finalità e gli obiettivi della razionalizzazione della rete ospedaliera regionale sono allineati agli impegni assunti con il Piano di rientro, verificati nel 2008 dal gruppo di lavoro italiano per la valutazione della *performance* del SSR alla luce dei principi della Carta di Tallin, per la complessiva riqualificazione del SSR attraverso:

- centralità delle cure primarie e del governo della domanda;
- riqualificazione della rete ospedaliera con la riconversione degli ospedali di piccole dimensioni, improntandola ad una maggiore appropriatezza (sicurezza, specializzazione professionale, setting assistenziale);
- pieno funzionamento della rete di emergenza urgenza;
- nuovi modelli di offerta territoriale;
- sviluppo delle cure domiciliari;
- disponibilità di strutture residenziali, in particolare per la riabilitazione e per gli anziani non autosufficienti;
- equilibrio economico e finanziario, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, che implica una dimensione di scala produttiva coerente con il rapporto costi/ricavi.

Gli allegati dal n. 1 al n. 5 riepilogano, come richiesto da Tavolo tecnico e Comitato permanente il 19 febbraio 2014, la distribuzione disciplinare dei posti letto e l'organizzazione a regime di ciascun presidio ospedaliero, pubblico o privato. L'accreditamento degli ospedali privati potrà essere suscettibile di ridimensionamento in funzione del periodico aggiornamento del fabbisogno.

L'organizzazione degli ospedali pubblici tiene conto, altresì, delle specifiche direttive già impartite all'ASReM per l'atto aziendale, titolo 15 "Principali strutture aziendali", capitolo D "L'ospedale", e degli standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse ex art. 12, comma 1, lettera b) del Patto per la salute 2010-2012, approvato il 26 marzo 2012 dal Comitato permanente per la verifica dei LEA e trasmesso dal Ministero della Salute il 4 aprile 2012. L'Atto aziendale dell'azienda sanitaria unica specificherà le prestazioni di ciascuna disciplina ospedaliera e l'organizzazione ambulatoriale.

La dotazione di posti letto delle strutture accreditate private, la cui presenza è necessaria per assicurare la libera scelta dei cittadini del luogo di cura e del medico curante (art.8-bis d.lgs. 502/1992), deve tenere conto delle prestazioni che la regione Molise acquista per i residenti. Per l'assistenza ospedaliera il valore delle prestazioni acquistate dalle strutture private accreditate (tetti di spesa) è di 33,4 euro/mln annui (rif. Anno 2014), giusta DCA n. 33/2013, in applicazione del decreto legge n. 95/2012, convertito in legge n. 135/2012. Il valore è pari al 13,29% del finanziamento per livello di assistenza (251,4 euro/mln).

In effetti, il Molise non contrattualizza tutti i posti letto privati, ma soltanto 293, giacché 144 PL rappresentano il fabbisogno delle strutture private per ricoveri di pazienti provenienti da altre regioni. Si tratta complessivamente, per acuzie e lungodegenza e riabilitazione, soltanto del 37% della dotazione complessiva regionale di 1.160 posti letto. Tale valore è in linea con la media nazionale e sarà ulteriormente rideterminato in diminuzione con l'attivazione del day service chirurgico.

Dalle strutture private accreditate il Molise acquista, inoltre, prestazioni di medicina specialistica per complessivi 14,93 euro/mln (19,64% del finanziamento di 76 euro/mln previsti per il livello di assistenza).

#### Le azioni e il cronoprogramma di riorganizzazione della rete ospedaliera

Gli interventi da attuare progressivamente entro dicembre 2014 sono i seguenti:

- Ospedale di Agnone, stabilimento del presidio di Isernia: disattivare le unità operative complesse di chirurgia generale e farmacia ospedaliera; predisporre dotazione di personale, programma di investimenti per eventuali ristrutturazioni e attrezzature per la lungodegenza e la riabilitazione; definire i protocolli per il *day service* e *day surgery* effettuato da *equipe* del presidio di Isernia o Campobasso; mantenere attivo il punto di primo soccorso con autoambulanza medicalizzata del servizio 118;

- Ospedale di Larino, stabilimento del presidio di Termoli: disattivare le unità operative complesse di chirurgia generale e di medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza, mentre resterà attivo il punto di primo soccorso con autoambulanza medicalizzata del servizio 118; predisporre dotazione di personale, programma di investimenti per eventuali ristrutturazioni e attrezzature per portare a regime le unità operative di lungodegenza e riabilitazione;
- Ospedale di Venafro, stabilimento del presidio di Isernia: disattivare le unità operative complesse di ortopedia e traumatologia, laboratorio d'analisi e medicina generale, portare a regime l'unità operativa di riabilitazione e lungodegenza, programmando dotazione di personale, investimenti per eventuali ristrutturazioni e attrezzature; mantenere attivo il punto di primo soccorso con autoambulanza medicalizzata del servizio 118.

Negli ospedali riconvertiti di Agnone, Larino e Venafro sono, inoltre, disattivati i laboratori di analisi chimico-cliniche e microbiologia mantenendo un punto di prelievo per pazienti ambulatoriali; per gli esami diagnostici di chimica-clinica in emergenza è allestito un *Point of care* in ciascuno stabilimento.

Nei tre stabilimenti ospedalieri riconvertiti le sale operatorie esistenti potranno essere mantenute in esercizio per le prestazioni di *Day service* e *Day surgery* secondo i vigenti protocolli anche per i cittadini residenti in altri Comuni, effettuate dalle *équipes* mediche dei presidi ospedalieri di riferimento. Gli spazi recuperati negli stabilimenti ospedalieri saranno messi a disposizione ed allestiti per i servizi distrettuali compatibili con la funzione ospedaliera allo scopo di dismettere eventuali locazioni passive.

- Ospedale di Campobasso: riorganizzare l'unità operativa complessa di medicina generale ad indirizzo di malattie metaboliche e diabetologia con le funzioni di centro anti diabete; disattivare l'unità operativa di neurofisiopatologia (da riconvertire in unità operativa semplice dell'unità operativa complessa di neurologia); disattivare l'unità operativa di odontostomatologia, fermo restando un presidio con un riunito odontoiatrico per interventi su pazienti non collaboranti effettuati da specialisti ambulatoriali con letti di appoggio in unità operative chirurgiche.
- Ospedale di Isernia: disattivare le unità operative complesse di oncologia, neurofisiopatologia, oculistica e anatomia patologica; istituire una unità operativa semplice di medicina trasfusionale; riconvertire l'unità operativa di farmacia da unità operativa complessa a unità operativa semplice.
- Ospedale di Termoli: disattivare l'unità operativa complessa di anatomia patologica; mantenere l'unità operativa di farmacia come unità operativa semplice.

La riorganizzazione della rete ospedaliera ingloba il riordino della rete dei laboratori di analisi chimico cliniche pubblici, che passano dagli attuali sei a tre, negli ospedali di Campobasso, Isernia e Termoli, serviti da una rete capillare di punti di prelievo territoriali. I laboratori sono configurati come laboratori generali di base con settori specializzati (D.P.R. 14 gennaio 1997), individuati dal regolamento di organizzazione dell'azienda sanitaria unica regionale.

Di seguito si riporta il quadro sinottico degli interventi e della tempistica di realizzazione.

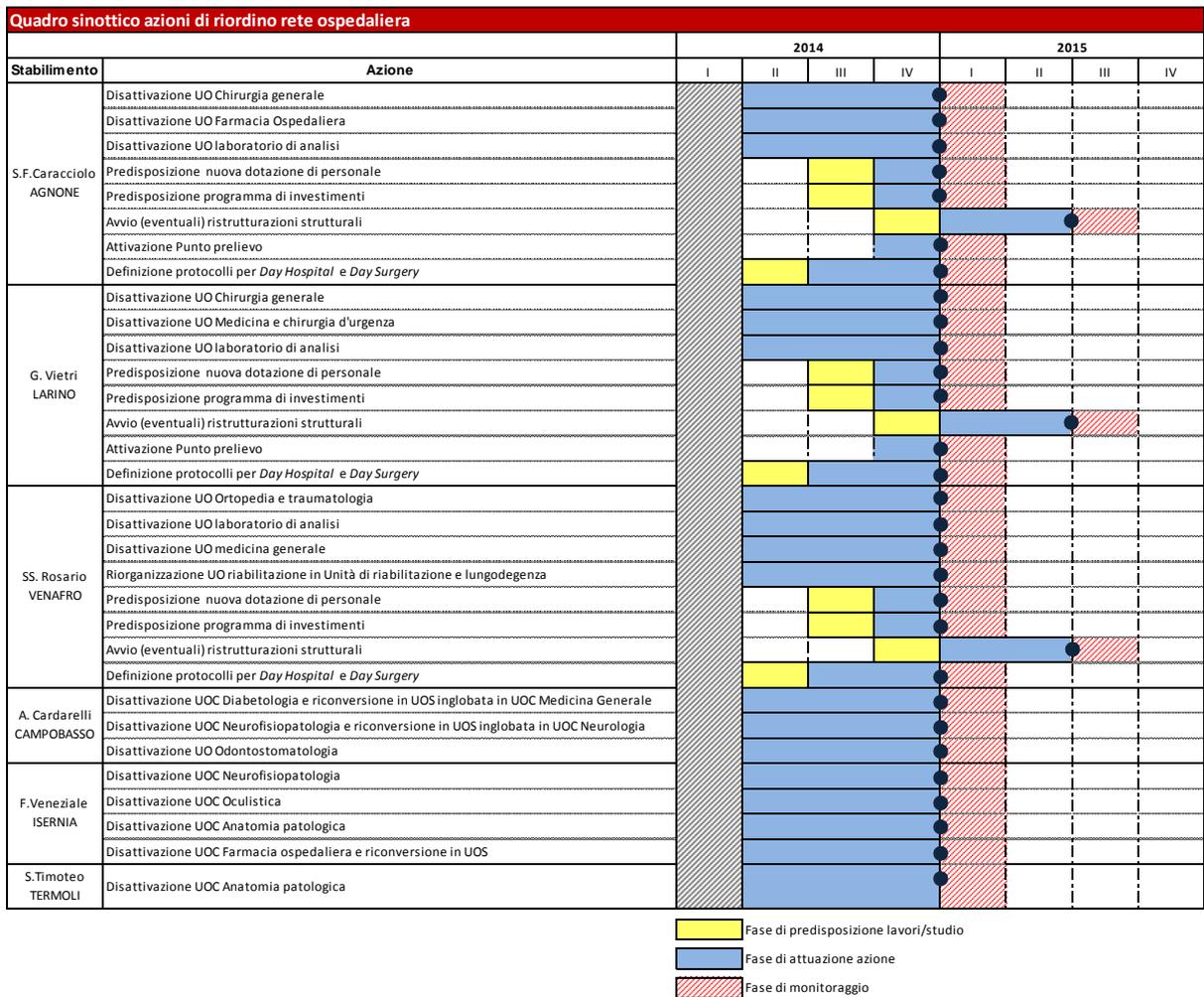


Figura 2: Quadro sinottico interventi e relative tempistiche di realizzazione per il riassetto della rete ospedaliera pubblica

INDICATORI	
<b>Risultati programmatici</b>	
Rimodulazione rete ospedaliera	
Disattivazione delle funzioni di ricovero di ricovero per le strutture ospedaliere pubbliche	
Riequilibrio dell'offerta di assistenza ospedaliera del SSR	
Indicatori di risultato	Tempistica
Emanazione DCA sul piano di riassetto della rete ospedaliera	Maggio 2014
Eventuale revisione accreditamenti e contratti 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
Rimodulazione posti letto per strutture pubbliche e private	Giugno 2015
<b>Responsabile del procedimento attuativo</b>	
Struttura Commissariale	
Servizio Ospedalità pubblica e privata della Direzione Generale per la Salute	
Direzione Generale ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici, tuttavia, la riorganizzazione ha effetti indiretti sul risultato di gestione 2014-2015.	

### Azione 14.1.2: Integrazione tra ASReM (Presidio Ospedaliero "Cardarelli") e Fondazione di Ricerca e Cura "Giovanni Paolo II"

Azione eliminata dal presente Programma Operativo.

### Azione 14.1.3: Reti cliniche

Con il riassetto della rete ospedaliera sopra descritto, si determinano le condizioni per realizzare, attraverso il sistema Hub/Spoke, le reti cliniche verticali, aree funzionalmente collegate per la gestione di patologie afferenti a molteplici protocolli diagnostico-terapeutici e assistenziali (PDTA), che integrano le cure ospedaliere e queste con le cure primarie e le cure specialistiche territoriali.

Nella rete svolgono una funzione di integrazione delle strutture pubbliche i principali ospedali privati regionali, Neuromed e Fondazione Giovanni Paolo II, per le discipline mediche e chirurgiche dell' Area delle neuroscienze, dell'Area della cardiocirurgia e della chirurgia vascolare (compresi i grossi vasi), dell'Area dell'oncologia, con vocazione prevalentemente chirurgica, e con il necessario completamento del percorso di cura oncologico integrato (oncologia medica, onco-ematologia e radioterapia), dell'Area della riabilitazione in ambito neurologico, cardiovascolare e oncologico, dell'Area dei servizi diagnostici attinenti alle alte tecnologie. I rapporti con le predette strutture restano regolati dai contratti ex art. 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni, mentre restano attribuite agli ospedali pubblici tutte le funzioni di hub.

Sono state già attivate e risultano funzionanti, sebbene informalmente, le reti cliniche associate all'emergenza-urgenza:

- cardiologica;

- trauma maggiore;
- emergenza neonatale;
- insufficienza respiratoria.

Le reti saranno finalizzate in protocolli entro Settembre 2014.

L'obiettivo del programma operativo è inoltre quello di realizzare gradualmente entro dicembre 2015, le reti cliniche orizzontali, per la gestione di PDTA per patologia, che garantiscono l'integrazione tra i diversi servizi necessari a ciascuna fase di evoluzione della malattia.

I risultati attesi dall'implementazione delle reti, fenomeno interistituzionale complesso, che necessita di tempo per generare gli effetti desiderati, sono rappresentati dalla razionalizzazione dei processi di domanda/offerta, con vantaggio sui costi di esercizio e riduzione del fabbisogno finanziario degli investimenti, e dall'aggregazione delle competenze ed esperienze tra i professionisti e le strutture con vantaggio sui livelli qualitativi di servizio.

### Piano Sangue

La regione ha approvato il Piano sangue e Plasma 2013-2015 con DCA n.52/2012, sul quale i Ministeri affiancanti, con parere 27 febbraio 2013, n. 58-P, hanno chiesto di:

- semplificare l'organizzazione del coordinamento delle funzioni regionali di governo del sistema e di raccordo con il Centro Nazionale sangue, data la presenza di un'unica azienda sanitaria regionale;
- indicare il programma del piano visite di verifica finalizzate ad assicurare che entro il 31 dicembre 2014 i servizi trasfusionali e le unità di raccolta risultino ispezionati, rispondenti ai requisiti e, quindi, autorizzati e accreditati.

Il Decreto Commissariale di adeguamento del piano alle osservazioni ministeriali sarà emanato entro giugno 2014. Il decreto, quanto alla prima osservazione ministeriale, integrerà nell'Unità operativa complessa di medicina trasfusionale presso l'ospedale di Campobasso, già dal Piano individuata come Centro regionale sangue (CRS) con la responsabilità di interfacciarsi con il Centro nazionale sangue (CNS), anche le funzioni che la normativa nazionale assegna alla Struttura regionale di coordinamento (SRC). Per tali funzioni, presso il CRS opererà un gruppo di lavoro *ad hoc* con la partecipazione dei delegati degli organismi di settore previsti dalla normativa (medicina trasfusionale, servizio farmaceutico, associazioni di volontariato registrate), senza costituire ulteriori strutture/articolazioni organizzative, ma disciplinando con apposito regolamento interno, da emanarsi entro giugno 2014, le procedure operative per l'esercizio delle funzioni.

Quanto alla seconda osservazione ministeriale, il Decreto darà atto che sono stati avviati, in attuazione dell'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010, i procedimenti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture, che si articoleranno ulteriormente secondo il seguente calendario:

- entro il 15 maggio 2014 si completerà l'audit di tutte le strutture organizzative ospedaliere e delle unità di raccolta territoriali, finalizzato a verificare il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi prescritti;
- entro giugno 2014 la direzione generale ASReM programmerà l'azione di adeguamento delle strutture ospedaliere e delle unità territoriali ai requisiti che risultassero carenti nel corso dell'audit;
- entro ottobre 2014 la direzione ASReM eseguirà il completo adeguamento ai requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- entro il 31 dicembre 2014 la regione procederà alla formale e conclusiva autorizzazione e accreditamento delle strutture ospedaliere e delle unità territoriali.

Il Programma Operativo prevede che siano ridotte le unità di raccolta extra ospedaliere, salvaguardando nella rete le unità afferenti alle associazioni di volontariato registrate e, per quelle pubbliche, le unità, prevalentemente mobili, nelle sedi dove sono già presenti postazioni del servizio di emergenza urgenza del 118.

Il decreto commissariale predetto, aggiornerà anche, per chiarezza, i riferimenti normativi del DCA n. 52/2012.

INDICATORI	
<b>Risultati programmatici</b>	
Miglioramento dell'assistenza per la completa erogazione dei LEA ospedalieri	
Indicatori di risultato	Tempistica
Sottoscrizione degli accordi con le strutture private per l'attivazione delle funzioni pubblico private	Giugno 2014
Attivazione Reti cliniche orizzontali per la gestione PDTA	Dicembre 2015
Indicare il programma del piano visite di verifica (per i servizi trasfusionali e le unità di raccolta)	Dicembre 2014
Emanazione DCA di adeguamento del Piano Sangue alle osservazioni ministeriali	Giugno 2014
Emanazione DCA sulla disciplina, regolamentazione interna e procedure operative sul Piano Sangue	Giugno 2014
Conclusione processo di audit di tutte le strutture ospedaliere e territoriali per la verifica dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi	Maggio 2014
Elaborazione piano di adeguamento delle strutture aziendali per il piano sangue	Giugno 2014
Conclusione dell'iter di adeguamento ai requisiti di adeguamento, autorizzazione e accreditamento	Ottobre 2014
Conclusione del processo di accreditamento delle strutture ospedaliere e territoriali (Piano Sangue)	Dicembre 2014
<b>Responsabile del procedimento attuativo</b>	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Servizio Ospedalità pubblica e privata	
Direzione Generale ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici, tuttavia, la riorganizzazione ha effetti indiretti sul risultato di gestione 2014-2015.	

#### Intervento 14.2: Specialistica ambulatoriale

Dai dati di Tessera Sanitaria e dal saldo della mobilità interregionale si rileva che la spesa lorda a carico del SSR per prestazioni di specialistica ambulatoriale ammonta nel 2013 a 73,824 euro/mln, per un volume complessivo di circa 4,5 milioni di prestazioni, a fronte dei 76,216 euro/mln previsti per il livello di assistenza. La differenza di 2,39 euro/mln è dovuta alla non attivazione del *day service* (DCA 83/2011, non validato dai Ministeri affiancanti con parere prot. 120-P/2012). Le osservazioni ministeriali saranno oggetto di un nuovo decreto commissariale da adottarsi entro Maggio 2014, procedendo contestualmente alla riduzione dei posti letto privati attualmente accreditati per l'esecuzione in regime di ricovero ordinario o diurno delle prestazioni trasferite al nuovo *setting* assistenziale.

Il maggiore finanziamento di specialistica ambulatoriale sarà integralmente coperto da riduzione della spesa per il livello di assistenza ospedaliero. Il *day service* non comporterà incrementi dei budget delle strutture sanitarie accreditate ma soltanto una compensazione tra tetto dell'assistenza ospedaliera e tetto dell'assistenza specialistica ambulatoriale contrattualizzati, già sottoposti alle riduzioni di fabbisogno a norma del decreto legge 95/2012, convertito nella legge 135/2012, che sono state aggiunte alle riduzioni già stabilite con DCA 10/2012 per la diagnostica per immagini, con particolare riferimento a TAC e RM. Per la vigenza dei Programmi operativi si confermano quindi i limiti di budget per le strutture private accreditate approvati con il DCA n. 34/2013.

La Regione, infine, attraverso l'emanazione di un apposito decreto commissariale, intende attivare la tipologia assistenziale del *day service* entro Maggio 2014.

INDICATORI	
<b>Risultati programmatici</b>	
Miglioramento dell'assistenza per la completa erogazione dei LEA di specialistica ambulatoriale	
Indicatori di risultato	Tempistica
Emanazione DCA per attivazione <i>day service</i>	Maggio 2014

<b>Responsabile del procedimento attuativo</b>
Struttura Commissariale
Servizio Ospedalità pubblica e privata e assistenza Territoriale
Direzione Generale ASReM
<b>VALORIZZAZIONE ECONOMICA</b>
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici, tuttavia, la riorganizzazione ha effetti indiretti sul risultato di gestione 2014-2015.

### Intervento 14.3: La rete territoriale

Gli indirizzi generali per determinare l'ambito demografico e l'organizzazione dei distretti, di competenza dell'Azienda Sanitaria Regionale (art. 3-quater del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni) sono state emanate con il DCA n. 7/2013, recante direttiva per la redazione dell'Atto aziendale dell'ASReM (titolo 15 "Principali strutture aziendali, capitolo A. I distretti"), cui si rinvia, evidenziando, tuttavia, che la rete territoriale deve essere strutturata ed organizzata funzionalmente a garanzia di prestazioni che assicurino il governo clinico della domanda e dei servizi alla persona (soprattutto in condizioni di fragilità), nel rispetto di criteri di efficienza ed efficacia.

Coerentemente con le linee di indirizzo alla predisposizione dei Programmi Operativi 2013-2015 redatte dai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, la Regione, nella riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale e distrettuale, intende porre particolare attenzione alle aree con maggiori criticità (anziani, disabili, pazienti psichiatrici, tossicodipendenti, minori, etc.) ed all'implementazione dell'assistenza domiciliare.

#### Azione 14.3.1: I distretti

Azione preliminare è l'individuazione, entro giugno 2014, di quattro distretti invece degli attuali sette, in modo da ridurre i costi generali di amministrazione ed aumentare i livelli di produttività delle risorse impiegate.

I quattro distretti, con una dimensione demografica media di 78.286 abitanti, assumeranno più efficientemente la funzione fondamentale di governo della domanda, oltre che di erogazione delle prestazioni diverse da quelle ospedaliere, attraverso il Piano Attuativo Territoriale (PAT) dell'ASReM che ricomponi i diversi interventi nell'ambito di una visione unitaria delle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria realizza la partecipazione dei medici e pediatri di famiglia e dei Comuni alla programmazione degli obiettivi ed alla verifica e valutazione dei risultati.

L'organizzazione gestionale del distretto, sulla scorta delle direttive approvate con DCA n. 7/2013, è descritta nella tabella sottostante (Tabella 25)

ORGANIZZAZIONE GESTIONALE DEI DISTRETTI												
UNITA' OPERATIVE	Distretto 1		Distretto 2		Distretto 3		Distretto 4		Unità operative sovradistrettuali		Totale unità operative	
	UOC	UOS	UOC	UOS	UOC	UOS	UOC	UOS	UOC	UOS	UOC	UOS
Direzione (1)	1		1		1		1				4	
<i>Medicina penitenziaria (2)</i>										1		1
<i>Assistenza comunitaria ed extra comunitaria (2)</i>										1		1
Cure primarie		1		1		1		1				4
Cure domiciliari		1		1		1		1				4
Cure specialistiche e riabilitazione e assistenza integrativa protesica		1		1		1		1				4
Cure palliative (2)									1		1	
Infanzia, adolescenza e famiglia (3)		1		1		1		1				4
Disabilità		1		1		1		1				4
Servizi amministrativi		1		1		1		1				4
<b>Totale</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>26</b>

Sede distretto e sede servizi decentrati nei distretti che comprendono Agnone, Larino e Venafro, rimessa ad atto aziendale ASReM

(1) in staff: Unità di valutazione multidimensionale, centro di prenotazione, ufficio relazioni con il pubblico

(2) Unità operative sovradistrettuali con sede in un distretto.

(3) Servizi per l'età evolutiva, consultorio familiare.

**Tabella 25: Riorganizzazione dei distretti sanitari**

L'innovazione funzionale del distretto consiste nel sistema di presa in carico della persona per l'assistenza sanitaria e per l'assistenza socio sanitaria, sulla base di principi fondanti della *primary health care*, allo scopo di:

- favorire la medicina di iniziativa,
- operare l'equilibrio tra l'assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale,
- attuare e consolidare l'integrazione socio sanitaria.

Ad oggi risulta, comunque, già operante, in ogni distretto, una Porta Unica di Accesso (PUA) e sono attive le UVM per la valutazione multidimensionale e multiprofessionale degli assistiti da arruolare in percorsi di presa in carico domiciliare o residenziale. Lo strumento di valutazione utilizzato è la SVAMA ed è in corso di perfezionamento l'utilizzo della SVAMD, per la valutazione dei livelli di disabilità ed il corretto arruolamento nel percorso riabilitativo più appropriato.

Il percorso ospedale-territorio è disciplinato da apposito regolamento, avente ad oggetto la dimissione dei pazienti dagli ospedali e la necessaria continuità assistenziale. Entro il 31 dicembre 2014 la Regione, partendo da tale regolamento, implementerà percorsi di integrazione e continuità, che avranno quali criteri di determinazione la patologia, l'età, le caratteristiche assistenziali, etc. e conseguirà il superamento degli attuali punti critici, pervenendo in primis alla definizione di best practies per la gestione delle unità operative territoriali (sanitarie e socio-assistenziali) e ospedaliere secondo i principi della condivisione e del coordinamento.

La Regione Molise, dopo aver individuato le aree geografiche di competenza dei nuovi distretti, intende avviare e conseguentemente portare a termine entro e non oltre Dicembre 2014 la riorganizzazione delle relative unità operative. Questo procedimento porterà alla razionalizzazione delle attuali risorse demandate ai distretti sia dal punto di vista del personale coinvolto sia ovviamente in relazione ai fattori produttivi utilizzati. Si stima, tuttavia, che i risultati attesi in termini di economie derivanti dalla razionalizzazione e riordino possano dare i propri effetti a partire dall'esercizio 2015. Al fine di rendere maggiormente prudentiale il CE programmatico si è scelto di non contabilizzare la valorizzazione dei risparmi attesi considerato che, oltre alle già esposte revisioni organizzative, il riordino dei distretti dovrà tenere conto delle altre azioni di riassetto della rete territoriale e della riconversione degli stabilimenti ospedalieri.

INDICATORI	
<b>Risultati programmatici</b>	
Miglioramento dell'assistenza per la completa erogazione dei LEA di assistenza territoriale	
Efficientamento dei distretti sanitari	
Indicatori di risultato	Tempistica
Individuazione dei 4 distretti regionali	Giugno 2014
Conclusione processo di riordino organizzativo dei distretti sanitari	Dicembre 2015
<b>Responsabile del procedimento attuativo</b>	
Struttura Commissariale	
Direzione Generale ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici, tuttavia, la riorganizzazione ha effetti indiretti sul risultato di gestione 2014-2015.	

### Azione 14.3.2: I Presidi Territoriali di Assistenza (PTA)

Il Presidio Territoriale di Assistenza (PTA) è il perno della riorganizzazione organica ed integrata dei servizi territoriali che – assumendo il principio della centralità del paziente nell'organizzazione delle reti di erogazione delle prestazioni – opera come porta d'ingresso del cittadino utente ai servizi relativi all'assistenza medica e pediatrica di base, all'assistenza specialistica extra-ospedaliera, all'assistenza domiciliare, all'assistenza preventiva e consultoriale, all'assistenza farmaceutica ed integrativa, all'assistenza sanitaria e riabilitativa in regime residenziale o semi residenziale.

Il PTA potrà integrare fisicamente in un'unica sede i servizi o collegare funzionalmente in rete i punti di offerta, attraverso la Porta Unica di Accesso (PUA) ai servizi territoriali.

Tenuto conto delle strutture disponibili e dell'accessibilità alle strutture in un territorio, quale quello molisano, per le caratteristiche orogeografiche e di distribuzione della popolazione prevalentemente in comunità residenziali di piccole dimensioni demografiche, nei quali l'organizzazione in PTA dell'assistenza primaria appare problematica, si prevede di realizzare PTA a Campobasso, Isernia, Termoli e, negli spazi liberati dalla riconversione degli ospedali, ad Agnone, Larino e Venafro. Ad essi si aggiunge il PTA/Casa della salute di Riccia, per la quale gli interventi edilizi sono in avanzato stato di realizzazione.

L'insieme integrato dei servizi territoriali potenzialmente offerti nel PTA, in unica struttura o in collegamento funzionale, per 12 ore giornaliere dal lunedì al venerdì e per 6 ore il sabato o nei giorni prefestivi, è il seguente:

- Punto Unico di Accesso alle cure, connesso con Centro Unico di Prenotazione (CUP);
- assistenza sanitaria di base (MMG, PLS) e cure domiciliari;
- assistenza specialistica e diagnostica, attraverso la presenza di team multidisciplinari e multi professionali operanti in ambulatori organizzati per patologia (scompenso, diabete, etc), chirurgia ambulatoriale di emergenza;
- prevenzione: vaccinazioni, screening, altri servizi essenziali;
- SERT, salute mentale (proiezioni Dipartimento di Salute Mentale) e altri servizi territoriali previsti nei LEA distrettuali;
- punto di primo intervento e continuità assistenziale h.24;
- punto di prelievo per esami di laboratorio e consegna referti;
- servizi socio-assistenziali per minori, famiglie e target fragili.

Allo stato attuale sono allo studio i possibili interventi strutturali che dovranno essere messi in atto al fine di riconvertire le strutture ospedaliere di Larino, Agnone e Venafro in sedi di PTA. Conseguentemente alla conclusione di tale procedura la Regione intende presentare ai Ministeri competenti un piano attuativo che descriva i tempi e le modalità dei lavori di riconversione. Tale documentazione sarà inviata entro Luglio 2014.

Si stima, tuttavia, che la sede PTA/Casa della Salute di Riccia possa essere attivata entro il 2014 visto l'avanzato stato dei lavori di ristrutturazione. Per le altre 3 strutture (ex stabilimenti ospedalieri) si stima l'attivazione entro e non oltre il 2015.

INDICATORI	
<b>Risultati programmatici</b>	
Miglioramento dell'assistenza per la completa erogazione dei LEA di assistenza territoriale	
Attivazione PTA	
Indicatori di risultato	Tempistica
Invio documentazione circa i lavori di riconversione degli stabilimenti di Agnone, Larino e Venafro	Luglio 2014
Conclusione lavori e attivazione PTA di Riccia	Dicembre 2014
Conclusione lavori e attivazione PTA di Agnone, Larino e Venafro	Dicembre 2015
<b>Responsabile del procedimento attuativo</b>	
Struttura Commissariale	
Direzione Generale ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici, tuttavia, la riorganizzazione ha effetti indiretti sul risultato di gestione 2014-2015.	

### Azione 14.3.3: Le Associazioni Funzionali territoriali

A supporto dell'assistenza primaria, dove non sarà possibile istituire PTA, attraverso la modalità di Associazione Funzionale Territoriale (AFT) e, in misura residuale, per mezzo di medici *single-handed*, il distretto garantirà:

- servizi specialistici organizzati in poliambulatori distrettuali;
- agende di prenotazione dedicate per le prestazioni specialistiche necessarie a pazienti in assistenza domiciliare;
- team di infermieri e terapisti della riabilitazione per l'assistenza domiciliare del paziente;
- servizi di assistenza sociale messi a disposizione dai Comuni.

L'attivazione delle AFT deve necessariamente essere collegata alla più ampia azione di riordino dei Distretti e dell'assistenza primaria (si veda Azione 14.5.1: Riorganizzazione dei distretti e dell'assistenza primaria) prevista per la fine del 2014. Si deve tenere, inoltre, in considerazione la contestuale attivazione e messa a regime delle altre azioni dell'Intervento 14.3: La rete territoriale.

In particolare, l'AFT, una volta a regime, permetterà una nuova modalità di erogazione delle prestazioni di base, pur mantenendo il rapporto di fiducia fra medico e paziente, oggi in carico ad una singola persona: in particolare la nuova organizzazione, anche attraverso la realizzazione di reti informatiche comuni, permetterà ai medici non solo di avvalersi del supporto dei loro colleghi nell'erogazione dell'assistenza, ma anche di approfondire competenze divenute importanti per il medico di medicina generale: dalle ecografie alle cure palliative fino alla medicina di iniziativa. La figura della ex Guardia Medica si integrerà completamente con i medici di famiglia: ogni AFT avrà i propri medici che garantiranno la continuità dell'assistenza e ciascuno di loro arriverà a conoscere gli assistiti grazie proprio all'utilizzo di sistemi informatici condivisi. Le aggregazioni funzionali territoriali avranno un bacino di utenza di riferimento di circa 15.000 abitanti. Presso le sedi delle aggregazioni saranno in particolare assicurate: attività assistenziali ambulatoriali dedicate ai pazienti cronici/fragili/a rischio; attività rientranti nella medicina di iniziativa ed in particolare: promozione della salute e prevenzione primaria; attività ambulatoriali,

anche al fine di ridurre l'uso improprio del pronto soccorso. A supporto del medico sarà presente personale infermieristico e di segreteria. Ciascun medico di medicina generale potrà continuare ad assicurare la propria attività anche in altri ambulatori. Entro 3 mesi sarà individuata la mappatura delle aggregazioni funzionali territoriali sul territorio regionale, mentre - nella fase iniziale - sarà attivata una aggregazione in ciascun distretto sanitario.

L'attivazione dei PTA e delle AFT seguirà necessariamente i tempi della rinegoziazione dell'accordo integrativo regionale con i medici di famiglia ed, eventualmente, quelli dell'approvazione del nuovo accordo nazionale, la cui contrattazione è già stata attivata da SISAC.

#### Azione 14.3.4: La Porta Unica di Accesso

La Porta Unica di Accesso (PUA) costituisce il primo anello del percorso di presa in carico della persona, (segnalazione del problema, prima risposta dell'operatore, valutazione multidimensionale e piano personalizzato di assistenza). La PUA, in costante contatto con la centrale operativa di continuità assistenziale e con gli altri nodi tecnologici delle tre reti, si coordina con la rete dei servizi territoriali ed ospedalieri e di emergenza svolgendo le seguenti principali funzioni:



Figura 3: Attività prevista per la Porta Unica di Accesso

È prevista l'attivazione di una PUA in ciascuno dei nuovi distretti sanitari, la cui sede sarà localizzata all'interno dei PTA di prossima attivazione. Si stima, quindi, che tale processo di attivazione e messa a regime possa concludersi contestualmente all'attivazione dei PTA. Per le scadenze si rimanda, quindi, all'Azione 14.3.2: I Presidi Territoriali di Assistenza (PTA).

### Azione 14.3.5: L'assistenza domiciliare

Attualmente il servizio copre circa 2.750 assistiti. Il programma prevede di portare a regime la copertura assistenziale per allineare la Regione all'obiettivo S.6 del Quadro strategico nazionale 2007-2013 (QSN) e per la necessaria correlazione con i processi di deospedalizzazione.

L'obiettivo tendenziale per l'assistenza domiciliare (AD) è stimato al 5% della popolazione con più di 65 anni, da conseguirsi gradualmente come dettagliato nel seguente programma annuale (Tabella 26).

ASSISTENZA DOMICILIARE		
Popolazione ultra 65 anni*		69.000
Target tendenziale	0,05	3.450
ASSISTITI IN ADI (inclusa ADO)		
	anno	assistiti
Assistiti in carico	2013	3.070
OBIETTIVO	2014	3.200
	2015	345

\*Fonte: Censimento 2011 ISTAT

Tabella 26: Assistiti in ADI: Target 2014-2015

Le prestazioni assistenziali, tenuto conto della struttura demografica della popolazione e del quadro epidemiologico di riferimento, saranno articolate secondo le seguenti tipologie assistenziali:

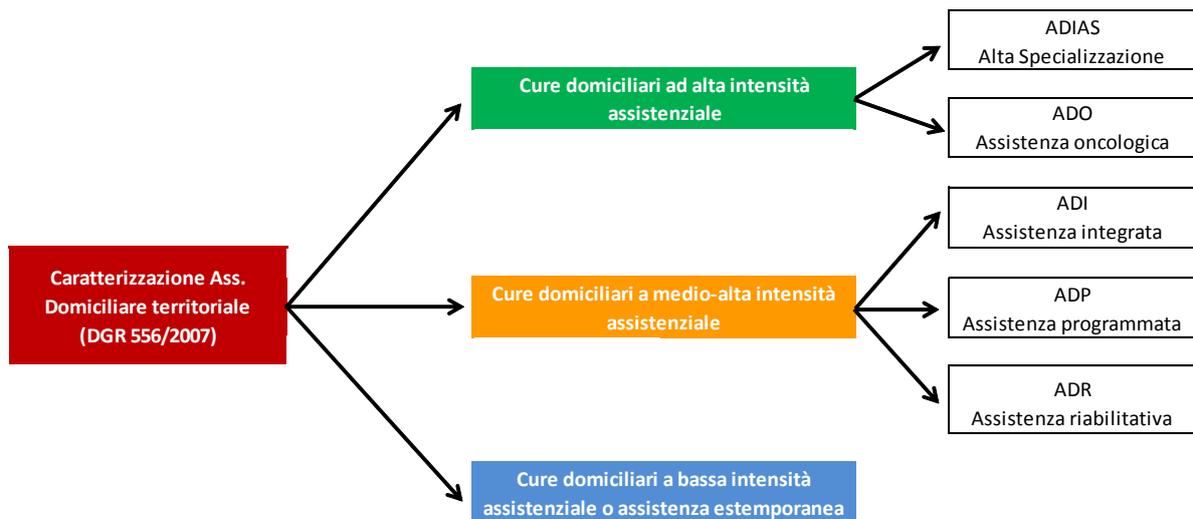


Figura 4: Organizzazione assistenza domiciliare

INDICATORI	
<b>Risultati programmatici</b>	
Potenziamento assistenza domiciliare integrata	
Potenziamento dell'assistenza territoriale	
<b>Indicatori di risultato</b>	<b>Tempistica</b>
Aumento del numero di assistiti in ADI	Giugno 2014
<b>Responsabile del procedimento attuativo</b>	
Struttura Commissariale	
Servizio di assistenza territoriale e Servizio di assistenza socio sanitaria	

Direzione Generale ASReM	
<b>VALORIZZAZIONE ECONOMICA</b>	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	0

### Azione 14.3.6: L'assistenza residenziale e semiresidenziale

Complementare all'assistenza domiciliare è l'assistenza residenziale e semiresidenziale. La dotazione attuale regionale di Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) è di 20 posti nella struttura privata accreditata "S. Nicola srl" di Castel del Giudice, nel distretto di Isernia, e di ulteriori 20 posti nella struttura pubblica di Larino, nel distretto di Termoli. In riferimento a quest'ultima sono stati da poco consegnati i lavori per l'ampliamento a 40 PL, ottenuto attraverso la riconversione di una parte dell'ospedale.

Il fabbisogno di posti letto per RSA, calcolato sulla popolazione di 313.145 abitanti, è esposto nella seguente Tabella 27:

FABBISOGNO RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA) E RESIDENZE ASSISTENZIALI PROTETTE (RP)		
Popolazione	313.145	
Tipologia di struttura	PL/1000 ab	PL previsti
RSA anziani	0,8	251
RSA demenze (Alzheimer, disabili)	0,2	63
Residenze protette*	0,8	251
<b>Totale</b>	<b>1,8</b>	<b>565</b>

\*Strutture socio sanitarie per le quali il SSR assicura le prestazioni sanitarie erogate attraverso il distretto ed eroga una quota di retta giornaliera per la sorveglianza medica e l'assistenza infermieristica nell'arco delle 24 ore e le prestazioni di recupero e rieducazione funzionale di bassa intensità.

Tabella 27: Stima fabbisogno posti letto per RSA e RSP

Tenuto conto dei destinatari, saranno attivate RSA secondo la seguente tipologia residenziale:

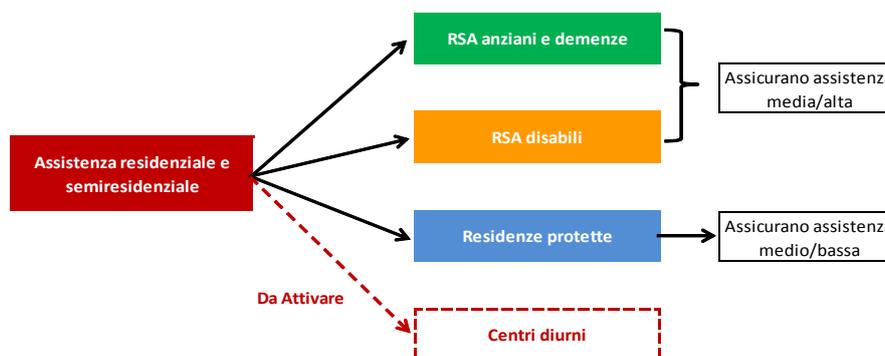


Figura 5: Organizzazione assistenza residenziale e semiresidenziale

Entro il 31 dicembre 2015 si prevede di attivare moduli di RSA pubblici a Venafro e Agnone, per complessivi 80 posti letto previa ristrutturazione degli ambienti resi disponibili dalla riconversione dei due ospedali e sarà completata la RSA di Colletorto (60 PL). Ogni RSA sarà realizzata con nuclei dedicati alle varie tipologie di assistenza e saranno stabilite le quote di concorso alla retta a carico dell'utente o dell'assistenza sociale.

Entro il 31 dicembre 2015 si prevede di accreditare RSA private, in strutture già autorizzate, per ulteriori 70 posti, con priorità per le strutture private residenziali per disabili di cui al DCA 104/2011, concernente il Piano di riabilitazione, che sarà adeguato alle osservazioni ministeriali entro giugno 2014.

Alla data del 31 dicembre 2015 risulterà pertanto garantita la copertura dell'86% del fabbisogno complessivo stimato di RSA (270 posti letto su 314). Tale valore appare soddisfacente per il periodo di vigenza del programma operativo, in relazione alla cultura e alle condizioni sociali della Regione in cui il welfare familiare continua ad assolvere un fondamentale ruolo sussidiario dell'assistenza pubblica.

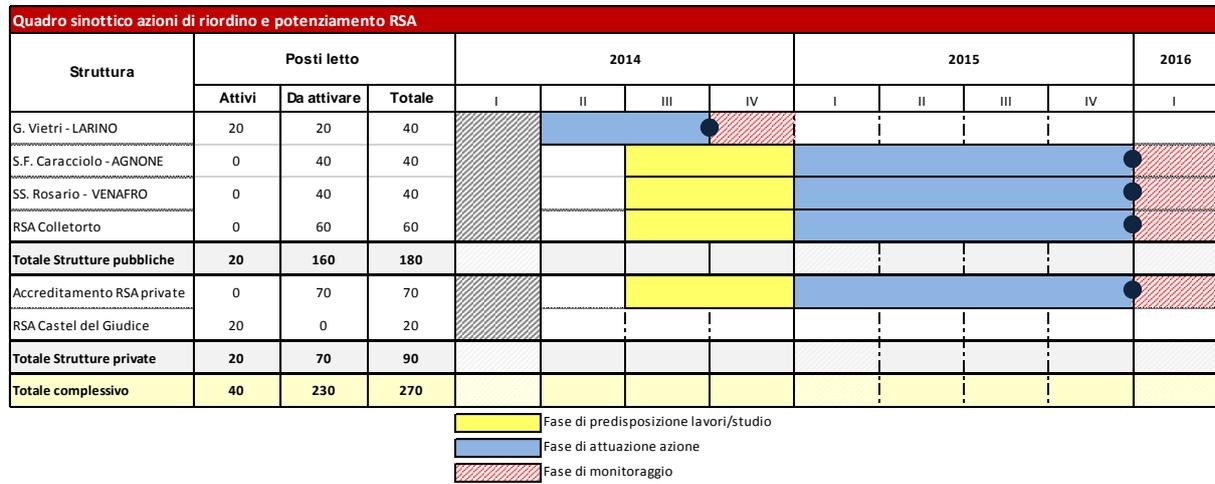


Figura 6: Quadro sinottico interventi e relative tempistiche di realizzazione per il riassetto della rete di assistenza residenziale e semiresidenziale

Per le ristrutturazioni e l'allestimento residenziale si attingerà ai finanziamenti disponibili ex art.1, comma 34 e 34 bis della legge 662/1996; al fabbisogno di personale si provvederà con la ricollocazione del personale risultante in esubero dalla riconversione degli ospedali.

Le residenze protette (RP) in convenzione con la regione sono attualmente quattro per complessivi 167 posti letto. In relazione alle osservazioni formulate dai Ministeri vigilanti (parere 17 maggio 2013 n. 126-P) sul DCA n. 83/2012, con cui è stata prorogata la convenzione con tali strutture con nota del Direttore Generale della Salute n.27649/2014 del 16.04.2014 è stato comunicato, ai sensi della Legge 07.08.1990, n.241, l'avvio del procedimento amministrativo finalizzato all'annullamento dell'anzidetto Decreto Commissariale, con particolare riferimento al connesso concorso del SSR alle rette di mantenimento. Allo stato, infatti, gli assistiti non sono avviati attraverso la dovuta valutazione sanitaria multidimensionale, e le strutture stesse non sono munite di accreditamento socio sanitario. È, inoltre, necessaria la verifica dei requisiti di autorizzazione delle strutture *de quibus* per l'assistenza socio assistenziale.

Entro il 31 maggio 2014 l'Unità di valutazione competente riesaminerà i pazienti e disporrà che sia mantenuto il concorso del SSR alla spesa per la retta, in strutture socio-sanitarie accreditate, soltanto per i pazienti che presentino un effettivo bisogno sanitario a rilevanza sociale. Il concorso del FSR alla spesa per la retta deve, infatti, essere giustificato da costi cessanti di assistenza diretta a carico dell'ASReM.

Si stima che il fabbisogno di RP non supererà nel periodo di vigenza dei programmi operativi il numero attuale di 167 posti, pari al 66,53% del fabbisogno teorico: valore che si ritiene sufficiente per le considerazioni sul ruolo del tradizionale welfare familiare di cui si è già detto per le RSA.

Il fabbisogno di centri diurni, invece, è riportato nella seguente Tabella 28.

FABBISOGNO CENTRI DIURNI		
Popolazione	313.145	
<b>Tipologia di struttura</b>	<b>UTENTI/1000 ab</b>	<b>UTENTI</b>
Centro diurno integrato anziani	0,2	63
Centro diurno per disabilità intellettive - età evolutiva	0,2	63
Centro diurno (Alzheimer)	0,1	31
<b>Totale</b>	<b>0,5</b>	<b>157</b>

Tabella 28: Stima fabbisogno assistiti nei centri diurni

Esclusi i centri diurni di salute mentale (trattati nei successivi paragrafi) oggi è funzionante un centro diurno Alzheimer, con sede in Campobasso, nel quale si procede alla valutazione multidimensionale del Piano personalizzato per circa 10 pazienti. Un secondo Centro Alzheimer sarà attivato nella Casa della salute di Riccia, in via di ultimazione ed a regime entro dicembre 2014.

Per colmare il fabbisogno stimato, tenuto conto del Criterio n. 6 del decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 22 dicembre 1989, saranno istituiti entro dicembre 2015 Centri diurni di servizi socio-sanitari in spazi dedicati delle RSA di Agnone, Larino e Venafro e altre strutture pubbliche che saranno individuate sul territorio a seconda della concentrazione geografica degli assistiti, in modo da garantire una distribuzione regionale di Centri facilmente accessibili dagli utenti.

La Regione intende attivare i centri diurni e contestualmente potenziare l'assistenza entro Giugno 2015. A tale scopo sarà emanato un apposito decreto commissariale indicante le strutture pubbliche, oltre alle già citate sedi di RSA di Larino, Agnone e Venafro, che saranno sedi di Centri Diurni entro Settembre 2014. Al decreto commissariale sarà, inoltre, allegato un documento di analisi dei bacini di utenza che i centri andranno a soddisfare e di eventuali tempistiche e costi relativi alla messa in opera a seguito di eventuali lavori di adattamento delle strutture alle nuove funzioni.

Con riguardo al personale sanitario e non sanitario necessario all'attivazione e al successivo funzionamento delle sedi di assistenza residenziale e semiresidenziale s'intende attingere al personale che sarà in esubero dalla riconversione degli stabilimenti ospedalieri di Larino, Agnone e Venafro e più in generale dal riordino delle Unità Operative Ospedaliere e Distrettuali.

Con il suddetto documento si procederà:

- a specificare l'organizzazione del livello intensivo in ambito ospedaliero, attraverso una più approfondita valutazione del fabbisogno rispetto ai DCA 20 e 70 del 2011;
- a delineare le tipologie di RSA per livelli di assistenza, in modo da evitare trattamenti assistenziali di lunga durata o permanenti;
- a programmare, attraverso la riconversione delle attuali strutture residenziali psichiatriche ad alta intensità di cura, l'istituzione di un Centro per le problematiche neuropsichiatriche in adolescenza;
- a stabilire i criteri generali di intervento per l'integrazione socio sanitaria.

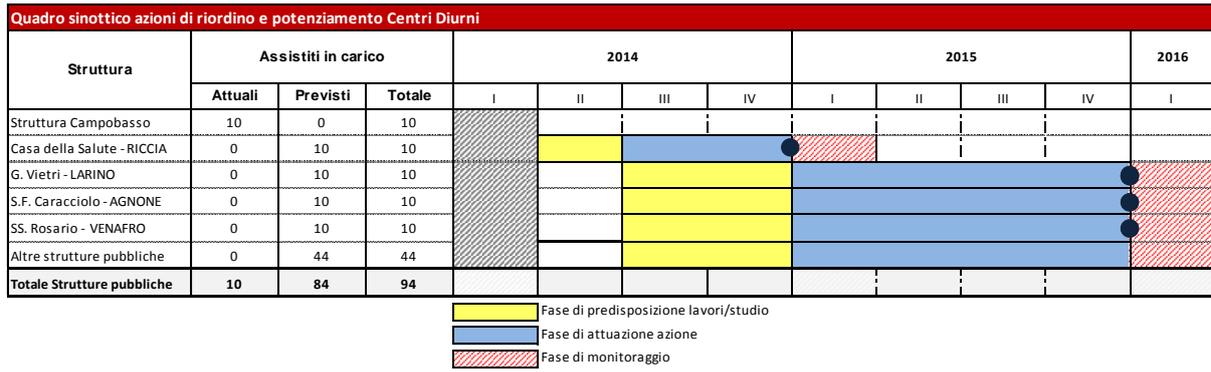


Figura 7: Quadro sinottico interventi e relative tempistiche di realizzazione per il riassetto della rete dei Centri Diurni

INDICATORI	
<b>Risultati programmatici</b>	
Miglioramento dell'assistenza per la completa erogazione dei LEA di assistenza territoriale	
Attivazione e potenziamento RSA	
Attivazione e potenziamento Centri Diurni	
<b>Indicatori di risultato</b>	<b>Tempistica</b>
Aggiornamento e revisione DCA 104/2011 – Piano di riabilitazione	Giugno 2014
Potenziamento RSA Larino	Settembre 2014
Attivazione RSA Venafro e Agnone	Dicembre 2015
Potenziamento e revisione dell'assistenza residenziale e semiresidenziale delegata a strutture private accreditate	Dicembre 2015
Attivazione Centro Alzheimer della Casa della Salute di Riccia	Dicembre 2014
Emanazione DCA su rete regionale centri diurni	Settembre 2014
Attivazione centri diurni	Dicembre 2015
<b>Responsabile del procedimento attuativo</b>	
Struttura Commissariale	
Responsabile assistenza territoriale Responsabile assistenza socio-sanitaria	
Direzione Generale ASReM	
<b>VALORIZZAZIONE ECONOMICA</b>	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici, tuttavia, la riorganizzazione ha effetti indiretti sul risultato di gestione 2014-2015.	

### Azione 14.3.7: Il Piano di riabilitazione extra ospedaliero

Entro il 30 giugno 2014 sarà emanato il decreto commissariale di puntuale allineamento del Piano della riabilitazione alle osservazioni del parere ministeriale 13 marzo 2013, n. 29-P, procedendo, altresì a disporre:

- l'adeguamento del Piano regionale al Piano nazionale 2011;
- la puntualizzazione dei criteri generali di accesso e delle procedure di presa in carico per livello di complessità dei casi;
- la rivalutazione dei pazienti (scheda SVAMDI) al fine di meglio determinare il fabbisogno e l'appropriata destinazione in struttura qualificata;
- il cronoprogramma con i tempi di realizzazione degli obiettivi di riqualificazione della rete assistenziale e gli indicatori per verificarne l'attuazione;

- la chiara determinazione delle caratteristiche delle singole tipologie delle strutture per intensità assistenziale, prestazioni da erogare, figure professionali, tempi di assistenza, altri requisiti generali e specifici di organizzazione;
- il superamento delle incongruenze tra le “Linee guida regionali per la riabilitazione nella Regione Molise” approvate con DCA n.100/2011 e il DCA n. 104/2011.

L’attuale produzione regionale, riconosciuta nei tetti, risulta dalla seguente Tabella 29:

RIABILITAZIONE EXTRA OSPEDALIERA 2012 IN STRUTTURE REGIONALI ACCREDITATE				
Tipologia	Spesa	%	Prestazioni	%
Internato grave	0	0	0	0
Coma prolungato	0	0	0	0
Internato	6.456.562	51	58.819	31
Seminternato	1.020.678	8	15.314	8
Ambulatoriale	3.021.014	24	75.951	39
Domiciliare	2.214.529	17	42.359	22
<b>Totale</b>	<b>12.712.782</b>	<b>100</b>	<b>192.443</b>	<b>100</b>

Tabella 29 :Offerta riabilitazione in strutture regionali accreditate

L’offerta, interamente affidata a operatori privati accreditati, si è sviluppata nel tempo attraverso percorsi non programmati. Lo sviluppo della rete riabilitativa extra ospedaliera con l’implementazione di figure professionali atte a garantire la corretta presa in carico permetterà di superare le attuali criticità evidenziate nei rilievi dei Tavoli Tecnici, prevedendo in ogni distretto un organismo (UVM) dedicato alla valutazione preventiva per l’accesso alle strutture di riabilitazione con predisposizioni di apposito PRI (Programma Riabilitativo Individuale).

La Regione Molise è totalmente dipendente dalle regioni confinanti per gli internati gravi e coma prolungato.

Il quadro sinteticamente descritto apre una prospettiva programmatica orientata al recupero di almeno una parte cospicua dei costi di mobilità passiva e alla stipulazione di accordi di confine per la domanda residua non erogabile in strutture regionali, completando il percorso di controllo della spesa già avviato con il DCA n.16/2013 che ha fissato un tetto per le prestazioni in mobilità extra regionale, governate da preventive autorizzazioni alle prese in carico.

Le azioni di riequilibrio di domanda e offerta devono pertanto concernere:

- l’offerta regionale per livelli di complessità assistenziale;
- l’offerta regionale per ambiti territoriali;
- l’attivazione di centri diurni per le disabilità dell’età evolutiva;
- la costruzione di una offerta in rete che consideri i diversi e differenziati livelli di specificità assistenziale e di integrazione tra livello ospedaliero, per la fase intensiva acuta e post acuta, e livello extra ospedaliero per le fasi successive a ciclo diurno e/o continuativo in ambiente ambulatoriale, domiciliare, residenziale e semiresidenziale.

All’atto della redazione del piano della riabilitazione sarà valutata l’opportunità di eventuale rimodulazione, ad invarianza del numero totale di posti letto, dell’offerta pubblica e privata.

## Intervento 14.4: Le cure intermedie

INDICATORI	
<b>Risultati programmatici</b>	
Miglioramento dell'assistenza per la completa erogazione dei LEA di assistenza territoriale	
Attivazione e potenziamento assistenza di riabilitazione extra ospedaliera	
<b>Indicatori di risultato</b>	<b>Tempistica</b>
Emanazione piano regionale per la riabilitazione extra ospedaliera	Giugno 2014
<b>Responsabile del procedimento attuativo</b>	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Responsabile assistenza territoriale	
Direzione Generale ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici, tuttavia, la riorganizzazione ha effetti indiretti sul risultato di gestione 2014-2015.	

### Azione 14.4.1: Hospice, terapia del dolore e rete delle cure palliative

È operativo l'*hospice* di Larino (16 pl) che sarà integrato entro il 30 settembre 2014 con un modulo (4 pl) dedicato alla terapia del dolore pediatrico, strutturato in modo da garantire l'assistenza familiare del minore e la fruibilità i servizi socio-educativi.

Entro la data del 30 dicembre 2015 sarà completata la rete delle cure palliative e la rete di terapia del dolore, in ospedale e nel territorio, secondo le disposizioni della legge 38/2010 e dell'Intesa Stato Regioni e Province Autonome 25 luglio 2012, n. 152/CSR, con l'impiego delle risorse ex art. 1, comma 34 e 34 bis della legge 662/1996. Nelle reti si integrano tutte le attività specialistiche orientate alla diagnosi, terapia e riabilitazione di patologie dolorose specifiche.

Al fine di garantire il servizio in ambito ospedaliero e territoriale, in regime diurno, residenziale e domiciliare, si porranno in essere le seguenti azioni:

- l'ASReM, entro giugno 2014, costituirà in un presidio ospedaliero il Centro/Hub per il coordinamento regionale della Rete di Terapia del Dolore (RTD) e della Rete di Cure Palliative, non solo in ambito ospedaliero ma anche territoriale, in regime diurno, ambulatoriale, residenziale e domiciliare;
- le cure palliative residenziali e domiciliari sono assicurate in ambito sovradistrettuale dalla Unità Operativa Cure Palliative;
- al Centro HUB ospedaliero fanno capo i programmi di valutazione, almeno semestrale, delle prestazioni (audit interno) e il sistema informativo regionale;
- le strutture territoriali delle due reti sono costituite nelle sedi del PTA, dell'*hospice* e degli ambulatori ospedalieri;
- il Centro svolgerà il monitoraggio regionale delle attività di assistenza, formazione degli operatori e informazione ai cittadini;
- le strutture di assistenza si avvarranno di una équipe multidisciplinare medica, infermieristica e psicologica con specifica competenza ed esperienza;
- l'ASReM programma ed esegue, sulla base delle esigenze espresse dal Centro di coordinamento, la formazione di base permanente degli operatori delle reti e la formazione specifica su singoli casi, oltre che la formazione per le associazioni di volontariato e dei familiari dei pazienti.

INDICATORI	
<b>Risultati programmatici</b>	
Miglioramento dell'assistenza per la completa erogazione dei LEA di assistenza territoriale	
Attivazione e potenziamento Hospice	
Attivazione e potenziamento Rete del Dolore e delle cure palliative	
Indicatori di risultato	Tempistica
Completamento e messa a regime delle reti delle cure palliative e della rete di terapia del dolore	Dicembre 2015
Costituzione di centro regionale per il coordinamento regionale delle reti delle cure palliative e della terapia del dolore	Giugno 2014
Attivazione modulo 4 pl hospice di Larino per Cure palliative pediatriche	Settembre 2014
<b>Responsabile del procedimento attuativo</b>	
Struttura Commissariale	
Direzione Generale ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici, tuttavia, la riorganizzazione ha effetti indiretti sul risultato di gestione 2014-2015.	

#### Azione 14.4.2: L'ospedale di comunità

I Programmi operativi riprendono le previsioni, ad oggi non attuate, del Piano di rientro (deliberazione Giunta regionale 30 marzo 2007, n. 362, in BUR n.10 del 30 aprile 2007, pag. 63 e 76).

L'ospedale di comunità è l'unità di degenza territoriale per una degenza limitata nel tempo, a direzione infermieristica per cure alternative all'assistenza domiciliare quando le condizioni sociali e personali del paziente lo rendano necessario (cfr. direttiva per l'atto aziendale, DCA n. 7/2013). Insieme agli ambulatori infermieristici del distretto, rappresenta uno sviluppo strategico del sistema di cure territoriali, dove sarà erogata medicina di iniziativa per target specifici di cittadini.

Avrà una dotazione di 6-10 posti letto, con sede negli attuali stabilimenti di Agnone, Larino e Venafro, nei quali, a differenza che nella RSA, possano trovare risposta i bisogni dei pazienti con patologie mediche acute, post acute, in via di stabilizzazione, croniche in fase di riacutizzazione, di lunga assistenza con recupero funzionale, che non necessitano di particolari supporti tecnologici tipicamente ospedalieri né di controllo medico continuo, assicurato dai medici di famiglia, supportati dai medici specialisti e dagli altri servizi della rete territoriale.

I pazienti eleggibili al ricovero in ospedale di comunità sono, infatti:

- prevalentemente anziani, clinicamente dimissibili da ospedali per acuti o da unità operative di riabilitazione ospedaliera, ma non in condizione di essere adeguatamente assistiti nel proprio domicilio;
- fragili o cronici provenienti dal domicilio per la presenza di una instabilità clinica.

L'ospedale di comunità è collegato ad un PTA per poter fruire del supporto dei medici specialisti del poliambulatorio (con lista di attesa dedicata), del personale infermieristico e di riabilitazione presente nel PTA.

La Regione, previa intesa con i MMG e conclusione della riorganizzazione dei 3 stabilimenti ospedalieri oggetto di riconversione, provvederà all'attivazione degli ospedali di comunità entro Dicembre 2014.

## Intervento 14.5: Riorganizzazione altri servizi di assistenza territoriale

INDICATORI	
<b>Risultati programmatici</b>	
Miglioramento dell'assistenza per la completa erogazione dei LEA di assistenza territoriale	
<b>Indicatori di risultato</b>	<b>Tempistica</b>
Attivazione Ospedali di Comunità di Larino, Agnone e Venafro	Dicembre 2014
<b>Responsabile del procedimento attuativo</b>	
Struttura Commissariale	
Direzione Generale ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici, tuttavia, la riorganizzazione ha effetti indiretti sul risultato di gestione 2014-2015.	

### Assistenza socio-sanitaria

L'integrazione delle politiche sociali con le politiche sanitarie è fattore strategico per l'effettiva ed organica valenza dell'assistenza territoriale extra ospedaliera.

Lo strumento operativo capace di realizzare quest'obiettivo è rappresentato dalla delega da parte dei Comuni all'Azienda sanitaria regionale per la gestione dei servizi sociali d'interesse sanitario e delle risorse a ciò finalizzate (c.3, art. 3, d. lgs. 502/1992), al fine di ottimizzarne l'utilizzo e garantire l'uniformità di trattamento in tutto il territorio regionale.

Ciò implica uno stretto coordinamento funzionale dei programmi dei Piani di zona per l'assistenza sociale con i Programmi Operativi sanitari attinenti all'assistenza territoriale che sarà realizzato attraverso direttive regionali ad hoc agli enti locali per l'attuazione dell'art. 3 "Finanziamento dei servizi socio-assistenziali delegati dagli enti locali" della legge regionale 22 febbraio 2010, n. 8.

### Azione 14.5.1: Riorganizzazione dei distretti e dell'assistenza primaria

La Regione intende porre particolare attenzione alla comunicazione istituzionale relativamente agli effettivi obiettivi della riconversione degli ospedali minori, che di fatto già svolgono prevalentemente attività tipiche dell'assistenza territoriale. Ci si propone, dunque, di superare le asimmetrie informative che portano a considerare l'ospedale come sede unica dei servizi sanitari e che, fino ad oggi, hanno determinato forti resistenze verso un cambiamento che, di contro, risulta necessario, non per fini di mero economicismo, ma per accrescere la qualità del servizio.

Occorre conquistare l'adesione dei cittadini ai processi di cambiamento, chiarendo che si procede per costruire qualità. Quest'ultima è da intendersi quale elemento centrale ed intrinseco del servizio, non accessorio e casuale, rappresentando la capacità stessa del SSR di dare ai cittadini ciò che è necessario a soddisfare il bisogno delle persone e della collettività nel momento giusto (le liste d'attesa negano questo principio) e sempre nella modalità clinica e organizzativa appropriata (fare in ospedale ciò che si può fare in ambulatorio o a domicilio spreca risorse ed espone il paziente a rischi evitabili e a inutile disagio personale o familiare).

Qualità è, dunque, la ricerca di condizioni di gestione che permettano una perfetta aderenza tra esigenze dell'utente e servizio fornito per garantire l'erogazione effettiva dei LEA, senza spreco di risorse e senza rischi evitabili, concetti con essa inconciliabili.

L'assistenza sanitaria territoriale diviene, pertanto, la priorità per riallineare il SSR ai moderni standard di qualità dettati dall'innovazione scientifica e tecnologica e dalla crescente prevalenza delle patologie che richiedono procedure di lunga assistenza in ambienti e assetti diversi dalle patologie acute trattate in ambiente ospedaliero.

Una priorità che ha valenza tecnico-funzionale e psicologica: assicurare i cittadini circa la disponibilità di ogni servizio essenziale, anche rinunciando al piccolo ospedale “sotto casa”.

L’ASReM procederà a riorganizzare i distretti, secondo quanto indicato nei precedenti paragrafi, entro giugno 2014.

La Regione rinegozierà il contratto integrativo con i medici di famiglia, i pediatri di libera scelta e i medici di continuità assistenziale possibilmente entro giugno 2014, per stipulare le intese necessarie ad istituire i PTA, a ridefinire le AFT, a negoziare il budget per gli obiettivi di assistenza domiciliare, di riduzione dei tassi di ospedalizzazione e di contenimento dei costi di assistenza specialistica e farmaceutica. Tale processo di contrattazione regionale è necessariamente connesso alla contrattazione a livello nazionale attualmente in via di aggiornamento.

Per l’attivazione dei PTA occorrerà superare la criticità dell’ancora limitata esperienza nella regione di esercitare la medicina di famiglia in équipe e, comunque, attraverso una reale attività professionale in team dei medici di medicina generale. È altresì necessario riallineare i costi del livello di assistenza (MMG, continuità assistenziale e PLS) al valore del FSR (7% = 39.987 euro mln) mentre attualmente è rilevato a conto economico e accantonamenti 4° trimestre 2013 un costo di 41.201 euro mln (+1,631 euro mln; + 4% circa della previsione FSR).

L’eccedenza di costo, oggetto del rientro, è da attribuirsi in maniera preponderante all’esubero di postazioni di continuità assistenziale (vedi Piano di rientro, BUR n.10/2007, pag. 117), che saranno ridimensionate e meglio integrate con il servizio di emergenza urgenza 118.

INDICATORI	
<b>Risultati programmatici</b>	
Miglioramento dell’assistenza per la completa erogazione dei LEA di assistenza territoriale	
Aggiornamento e ricontrattazione del contratto integrativo con MMG/PLS e medici di continuità assistenziale	
Indicatori di risultato	Tempistica
Aggiornamento e ricontrattazione del contratto integrativo con MMG/PLS e medici di continuità assistenziale	Giugno 2014
<b>Responsabile del procedimento attuativo</b>	
Struttura Commissariale	
Direzione Generale ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici, tuttavia, la riorganizzazione ha effetti indiretti sul risultato di gestione 2014-2015.	

#### Azione 14.5.2: Servizio di emergenza territoriale - 118

In riferimento all’organizzazione della rete di emergenza ospedaliera, che costituisce la base della organizzazione degli ospedali in HUB e Spoke, e l’integrazione dei presidi di continuità assistenziale, si prevede che il presidio dell’emergenza territoriale 118 si avvalga, per le condizioni di prevalenza di territorio montano, la presenza di popolazione sparsa residente in comunità di piccola entità, le condizioni climatiche, lo stato della viabilità, di 16 postazioni (+30% rispetto allo standard nazionale di 12) con personale medico ed infermieristico. Le 16 postazioni sono operative h. 24, coordinate dalla Centrale operativa regionale che gestisce le chiamate per criticità.

Il fabbisogno di personale andrà portato a regime come azione prioritaria (salvare la vita delle persone) attraverso la ricollocazione del personale liberato dalla riorganizzazione ospedaliera e, se necessario, con l’ausilio di organizzazioni di volontariato, a norma degli articoli 45, 70 e 71 della legge 833/1978, per dare stabilità alla funzione.

Al servizio di Emergenza Urgenza si ricollegano gli interventi precedentemente esposti nell’Azione 14.1.3: Reti cliniche.

### **Azione 14.5.3: Dipartimenti funzionalmente collegati al distretto**

Sono funzionalmente collegati al distretto i servizi facenti capo al **Dipartimento di prevenzione (DP)** e al **Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche (DSM)** per l’assistenza sanitaria collettiva.

La struttura operativa dei due dipartimenti è rappresentata nella Tabella 31 e nella Tabella 32.

#### *Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche*

Adeguerà la sua organizzazione e l’offerta sanitaria e socio sanitaria al Piano nazionale di azioni per la salute mentale approvato con gli Accordi della Conferenza Unificata Stato Regioni Province autonome Comuni e Comunità montane 24 gennaio 2013 n. 4/CU e 17 ottobre 2013 n. 116/CU.

Nella regione Molise è necessaria una riqualificazione differenziata per livelli di intensità assistenziale delle 14 strutture residenziali psichiatriche per complessivi 140 posti indifferenziati di alta intensità assistenziale ed una a media intensità con 4 posti, distribuite in maniera disomogenea rispetto ai bacini di utenza. Attualmente la dotazione è di 4,60 posti per 10.000 abitanti, a fronte del fabbisogno epidemiologico di 4-4,5 posti per tutte le tipologie di prestazioni (alta intensità a totale carico del SSR; media e bassa intensità con partecipazione al costo dell’utente o dei servizi sociali).

Tenuto conto dei documenti di programmazione nazionale innanzi citati e dei requisiti di accreditamento vigenti, che distinguono le strutture residenziali psichiatriche nelle seguenti tipologie:

- SRP.1) per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo;
- SRP.2) per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo;
- SRP.3) trattamenti socio-riabilitativi con personale presente h.24 (SRP.3.1), h.12 (SRP.3.2), in determinate fasce orarie (SRP.3.3);

la riconversione programmata entro dicembre 2015, è quella risultante dalla seguente Tabella 30.

<b>Riorganizzazione assistenza psichiatrica</b>					
Popolazione residente			313.145		
Tipologia	Campobasso	Isernia	Termoli	Totali	Tasso per 10.000 ab
SRP.1	6	6	6	18	0,57
SRP.2	16	16	10	42	1,34
SRP.3.1	20	8	8	36	1,15
SRP. 3.3	12	12	8	32	1,02
<b>Totale complessivo</b>	<b>54</b>	<b>42</b>	<b>32</b>	<b>128</b>	<b>4,09</b>

*Tabella 30: Stima posti letto per residenze psichiatriche al 31.12.2015*

Il fabbisogno sarà quindi riallineato alla media nazionale. Seguirà il riallineamento dei costi, attualmente di 6,027 euro/mln, con tariffe per l'alta intensità ferme al 2007.

Con riguardo alle tariffe si prevede una diminuzione delle stesse applicate alle prestazioni offerte nelle strutture della tipologia SRP 2, SRP 3.1 e SRP 3.3. Si prevede, inoltre, che tale riallineamento tariffario connesso al riassetto dell'attuale offerta regionale abbia termine a Dicembre 2015.

Sono parte integrante della proposta le seguenti ulteriori azioni:

- la rideterminazione delle tariffe, che dovrà prevedere un aumento per le strutture a carattere intensivo ed estensivo, in funzione anche del miglioramento del livello di assistenza e della conseguente riduzione del fabbisogno ospedaliero, ma una riduzione per le altre e il concorso alla spesa dei fondi per l'integrazione socio sanitaria per le strutture SRP.3.3, come previsto dai LEA;
- la rideterminazione dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici per la diversificata tipologia delle strutture;
- la realizzazione, sulla base di quanto previsto dall'Atto di Accordo della 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 una CRP per soggetti con dipendenza soprattutto alcolica e/o con doppia diagnosi su Isernia, sempre su base distrettuale;
- la realizzazione, sulla base degli stessi principi, di un Centro per la cura dei disturbi alimentari ed un Centro per le problematiche neuropsichiatriche in adolescenza.

Per quanto concerne le strutture semiresidenziali (centri diurni), si mantengono quelli esistenti (Campobasso e Termoli) e se ne prevede la realizzazione di uno ad Isernia (Dicembre 2015). Ogni Centro disporrà di 20 posti, in linea con gli attuali requisiti di accreditamento.

Si stima che la manovra di riqualificazione assistenziale e tariffaria sopra delineata possa garantire un risparmio dell'8,5% della spesa attuale (6,027 euro/mln), pari a 0,5 euro/mln a regime. Tuttavia, per fini prudenziali, non si è proceduto ad inserire tale ipotesi di risparmio all'interno del CE programmatico relativo agli esercizi 2014 e 2015.

La Regione procede, entro il 30 settembre 2014, ad approvare i nuovi criteri di accreditamento, tenuto conto dei:

- requisiti concernenti prestazioni e servizi;
- requisiti concernenti le competenze professionali, compresi i programmi formativi e di aggiornamento professionale e di inserimento e addestramento professionale;
- requisiti concernenti la comunicazione e le relazioni tra professionisti e con i pazienti, per favorirne il coinvolgimento nelle scelte cliniche e assistenziali;
- requisiti concernenti il monitoraggio e la valutazione dell'appropriatezza clinica e la sicurezza, attraverso la gestione sistematica del rischio clinico e degli eventi avversi.

Il mantenimento dei requisiti di accreditamento sarà oggetto di verifica periodica da parte della Regione e i risultati di salute saranno monitorati e valutati, sia per le strutture residenziali o semiresidenziali, sia per le altre attività del dipartimento, con l'implementazione del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) e l'adozione di un set specifico di indicatori. Il set degli indicatori sarà approvato ed applicato entro settembre 2014.

Resta ferma l'attuale organizzazione dei SERT e dei consultori, sebbene per questi ultimi sarà valutata la possibilità di una riduzione delle sedi e dell'integrazione delle *équipes* sulla base di indicatori di reale utilizzazione.

Si riporta di seguito la futura organizzazione del Dipartimento per la Salute Mentale da attuarsi entro Dicembre 2015.

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE				
STRUTTURA	uoc	uos	uosd	Totale
Direzione: incarico a un direttore di uoc				
Epidemiologia e comunicazione		1		1
Servizi amministrativi e sistema informativo		1		1
<b>CENTRI DI SALUTE MENTALE</b>				
<b>Distretto 1</b>				
<i>Psichiatria</i>	1			1
<i>Psicologia</i>		1		1
<i>Neuropsichiatria infantile</i>			1	1
SERT	1			1
<b>Distretto 2</b>				
<i>Psichiatria</i>	1			1
<i>Psicologia</i>		1		1
SERT		1		1
<b>Distretto 3 e 4</b>				
<i>Psichiatria</i>	1			1
<i>Psicologia</i>		1		1
SERT		1		1
<b>Totale</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>12</b>

Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC): unità operative semplici inserite in ospedali.

Tabella 31: Riordino UO del dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche

INDICATORI	
<b>Risultati programmatici</b>	
Miglioramento dell'assistenza per salute mentale e dipendenze patologiche	
Razionalizzazione ed Efficientamento Dipartimento per la salute mentale e le dipendenze patologiche	
<b>Indicatori di risultato</b>	<b>Tempistica</b>
Riordino assistenza psichiatrica	Dicembre 2015
Realizzazione centro diurno di Isernia	Dicembre 2015
Approvazione nuovi criteri di accreditamento	Settembre 2014
Messa a regime del DSM	Dicembre 2015
<b>Responsabile del procedimento attuativo</b>	
Struttura Commissariale	
Direzione Generale ASReM	
<b>VALORIZZAZIONE ECONOMICA</b>	

In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici.

### *Dipartimento di Prevenzione*

Il Dipartimento di Prevenzione coordina e promuove azioni di prevenzione, svolgendo un ruolo di riferimento e di stimolo per comportamenti, individuali e collettivi, finalizzati ad una migliore tutela della qualità del vivere di tutti.

Il mandato della Struttura Operativa è, dunque, ampio:

- tutela della salute collettiva negli ambienti di vita e di lavoro, applicando strategie di prevenzione delle malattie, con funzioni di governo e tecnico – professionali e connesse competenze;
- ruolo specifico nello scenario della promozione della salute, mediante la prevenzione primaria, della diagnosi precoce, dell'igiene e assistenza sanitaria; monitora gli indicatori di salute, individuati nell'ambito territoriale aziendale, confrontandoli tra diverse situazioni demografiche, geografiche, territoriali, sociali. Nell'ampio contesto di indicatori di salute, contribuisce alla delimitazione dello scenario attuale e alla sua prevenzione nel futuro, soprattutto rispetto alle tematiche emergenti in campo socio – sanitario;
- incremento della domanda percepita di salute (ruolo del cittadino di soggetto attivo determinante della propria salute):
  - rivalutazione della funzione protettiva, che da condizioni burocratiche tradizionali va rinnovata e resa idonea a proteggere la collettività dai nuovi rischi (pandemie, bioterrorismo, inquinamento ambientale);
  - epidemie del c.d. benessere materiale;
  - lotta agli squilibri territoriali sull'offerta per la salute, visto che il guadagno di salute lambisce anche le classi economiche più disagiate, ma il differenziale con le classi benestanti aumenta sempre più;
  - garanzia dei livelli essenziali di prevenzione e assistenza per i gruppi sociali a rischio di esclusione, quali anziani, immigranti etc.;
- sanità animale ed igiene degli alimenti di origine animale.

Gli obiettivi da consolidare sono, dunque, la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e delle disabilità e il miglioramento della qualità della vita, mediante:

- l'individuazione dei fattori di rischio prioritari, incluse le malattie oncologiche con il Registro Tumori;
- l'informazione e l'educazione della popolazione sui rischi e sui corretti stili di vita;
- la vigilanza sull'applicazione delle norme di tutela e sicurezza igienico-sanitarie;
- l'epidemiologia;
- la comunicazione, in collaborazione con altre istituzioni, particolarmente rivolta agli stili di vita (lotta al fumo, alimentazione sana, malattie sessualmente trasmissibili, vaccinazioni).

Con decreto commissariale n. 6/2014, di cui i Ministeri affiancanti hanno preso atto con parere del 10 marzo 2014 n. 18-P, la Regione ha dato esecuzione all'Accordo Stato Regioni 7 febbraio 2013. Le attività inerenti le disposizioni regionali in materia di riconoscimento, registrazione degli impianti e stabilimenti di produzione, trasporto, manipolazione, lavorazione, magazzinaggio, immissione sul mercato, distribuzione, uso e smaltimento di sottoprodotti di origine animale e prodotti derivati non destinati al consumo umano, sono pertanto svolte ordinariamente dal DP che procede ad ogni adempimento conseguente. La specifica osservazione di Tavolo e Comitato 16 luglio 2013, pertanto, è stata adempiuta.

Il coordinamento delle unità operative complesse SIAN, SIAPZ, SIAOA, SA, sarà affidato un direttore dei servizi, che curerà – tra l'altro – la puntualità e la completezza dei flussi informativi di competenza verso le unità operative semplici di Epidemiologia e comunicazione e Servizi amministrativi e informativi, in staff alla direzione del dipartimento.

Il coordinamento si avvarrà di procedure documentate in manuali operativi, contenenti le informazioni e le istruzioni per il personale che esegue i controlli ufficiali, in relazione agli ambiti di cui all'allegato II, capo II, del Regolamento CE n. 882/2014 e successivi aggiornamenti.

Il manuale delle procedure sarà redatto dall'ASReM, su proposta della direzione del dipartimento, ed approvato con decreto commissariale entro il 30 giugno 2014.

Per quanto concerne le funzioni di indirizzo e controllo proprie della Regione, esse verranno esercitate attraverso personale qualificato in carico al Servizio di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare che fa capo alla Direzione Generale per la Salute.

Il Dipartimento dell'ASReM e il Dipartimento regionale si avvalgono e si avvarranno della collaborazione dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale Abruzzo e Molise (IZSAM), strutturata in gruppi di lavoro tematici. Già nel 2013 tutti i documenti di attività sono stati preventivamente concordati con l'IZSAM.

Nel corso dell'esercizio 2014 sono stati programmati ed avviati gruppi di lavoro finalizzati alla predisposizione e al mantenimento a regime dei principali strumenti operativi (piani di settore e manuali operativi), condividendo con l'IZSAM le modalità di aggiornamento sistematico dei piani.

Nel 2012 e 2013 il Dipartimento regionale ha completato la formazione del personale addetto in materia di audit e sette unità su dieci hanno conseguito la qualifica di Auditor ISO 9000. Le attività di audit di settore sono programmate nel Piano regionale dei controlli ufficiali per la sicurezza alimentare (PRIC). Presso i servizi ASReM sono stati eseguiti n. 4 audit di settore nel 2012 e n. 8 nel 2013.

L'ASReM svolgerà le attività di audit presso gli OSA, registrati e riconosciuti, secondo le indicazioni del PRIC approvato con DCA n. 20/2013. Le attività sono affidate a personale (27 unità) che ha completato a novembre 2013 il percorso formativo con esame finale alla presenza di un ispettore del KHC, organismo di certificazione del personale.

Ai sensi dell'Accordo 7 febbraio 2013, già recepito con DCA n. 21/2013, la programmazione degli obiettivi di controllo e delle attività correlate terrà conto di quanto emerso dallo svolgimento degli audit 2013. Saranno inoltre definite entro settembre 2014 le procedure gestionali interne in vista della loro certificazione e il programma formativo di mantenimento e aggiornamento della qualificazione del personale.

La rete dei servizi di prevenzione collettiva si coordina, infine, con l'Agenzia regionale per la protezione ambientale (ARPA).

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE				
Struttura	uoc	uos	uosd	Totale
Direzione: incarico a un direttore di uoc				
Epidemiologia e comunicazione			1	1
Servizi amministrativi e sistema informativo			1	1
<b>Area medica</b>				
Igiene e sanità pubblica	1			1
<i>Medicina legale e necroscopica</i>		1		1
Igiene alimenti e nutrizione	1			1
Prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro	1			1
<b>Area veterinaria</b>				
Sanità animale	1			1
<i>Randagismo</i>		1		1
Igiene produzione trasformazione commercializzazione conservazione e trasporto alimenti di origine animale e derivati	1			1
Igiene allevamenti e produzioni zootecniche	1			1
<b>Totale</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>10</b>

Tabella 32: Riordino UO del dipartimento di prevenzione

INDICATORI	
<b>Risultati programmatici</b>	
Miglioramento delle attività di prevenzione	
Razionalizzazione ed Efficiamento Dipartimento di prevenzione	
Indicatori di risultato	Tempistica
Elaborazione nuovo manuale delle procedure, mediante emanazione DCA	Giugno 2014
Revisione procedure gestionali interne	Settembre 2014
Elaborazione nuovo programma formativo di mantenimento e aggiornamento della qualificazione del personale	Settembre 2014
<b>Responsabile del procedimento attuativo</b>	
Struttura Commissariale	
Direzione Generale ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici, tuttavia, la riorganizzazione ha effetti indiretti sul risultato di gestione 2014-2015.	

#### Intervento 14.6: Piano degli investimenti

##### Azione 14.6.1: Riordino della rete infrastrutturale sanitaria e Piano degli investimenti

Nel biennio di vigenza dei presenti Programmi Operativi sono stati programmati investimenti finalizzati:

- all'adeguamento e messa a norma di strutture ed impianti fissi;
- al completamento, ampliamento e ristrutturazione delle strutture, finalizzati alla migliore funzionalità delle attività caratteristiche, dei servizi di supporto tecnico e amministrativo e della ricettività alberghiera;
- all'aggiornamento delle attrezzature tecnico-scientifiche.

Nella tabella che segue si riportano gli interventi già oggetto di finanziamento e attualmente in corso di esecuzione.

Stato AS IS interventi di edilizia sanitaria		
Fonte di finanziamento	Intervento	
Art. 20 Legge 67/1988	Interventi in materia di sicurezza ancora in esecuzione (13.267.157,98 € di cui 12.603.570,06 € a carico Stato)	Interventi in materia di sicurezza per il N.C.O. "A. Cardarelli" di Campobasso
		Adeguamento impianto di incenerimento al P.O. "A. Cardarelli" di Campobasso
		Adeguamento impianto elettrico al P.O. "A. Cardarelli" di Campobasso
	Interventi di cui all'Accordo di programma 2005 ancora in esecuzione (13.051.072,41 € di cui 12.398.518,77 € a carico Stato)	Adeguamento a norma e ristrutturazione P.O. "F. Veneziale" di Isernia
		Adeguamento a norma e ristrutturazione P.O. "F. Veneziale" di Isernia - Lavori urgenti
	Interventi di cui all'Accordo di programma integrativo 2008 (*) ancora in esecuzione (12.392.517,63 € di cui 11.772.891,75 € a carico Stato)	Ampliamento poliambulatorio di Montenero di Bisaccia
Art. 71 Legge 448/1998	Interventi di riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani ancora in esecuzione (16.121.652,00 € a carico Stato solo per interventi ASReM, rispetto a un finanziamento complessivo a carico stato di 22.467.183,17 €)	Ampliamento poliambulatorio di Trivento
		Realizzazione della cabina elettrica e del gruppo di emergenza P.O. "F. Veneziale" di Isernia
		Realizzazione di una RSA per 60 p.l. nel comune di Colletorto
		Distretto di Campobasso
Legge 135/1990	Interventi ancora in esecuzione Piano AIDS - ridestinazione fondi (2.178.569,01 € a carico Stato)	Distretto di Campobasso
		Attrezzature e apparecchiature elettromedicali
Art. 15 delibera CIPE 20/2004	Interventi Fondi FAS infrastrutture sanitarie e sociali ancora in esecuzione (7.360.000,00 € solo per progetti ASReM)	Realizzazione di strutture integrate per un percorso terapeutico diagnostico interdisciplinare nel P.O. "A. Cardarelli" di Campobasso
		Realizzazione di un hospice presso il P.O. "A. Cardarelli" di Campobasso

(\*) Si rammenta che il finanziamento per il completamento e la ristrutturazione del poliambulatorio comunale di Frosolone è stato revocato

Tabella 33: Interventi già finanziati in corso di esecuzione

Relativamente ai fondi ex art. 20 Legge n. 67/1998, in particolare, sono disponibili risorse per circa 100,3 milioni di euro a carico dello Stato, come meglio esplicitato in tabella, al netto del valore della richiesta di APQ per l'accesso ai fondi in attuazione dell'art. 79, comma 1 sexies lett. c) della legge n. 133/2008:

Risorse residue a carico dello Stato ex Art. 20 Legge 67/1988	
Valori in euro	
Fondi ex art. 20 L. 67/1988 seconda fase	104.831.971
Fondi ex art. 20 L. 67/1988 terza fase	1.962.536
Integrazioni da Legge Finanziaria 2007	14.989.007
Integrazioni da Legge Finanziaria 2008	18.356.862
<b>Totale a carico dello Stato</b>	<b>140.140.377</b>
di cui per Accordi di programma sottoscritti	35.323.657
Sicurezza	12.435.766
APQ 2005	11.772.892
APQ 2008	11.115.000
Revoca finanziamento Poliambulatorio di Frosolone	1.140.000
<b>Totale a carico dello Stato</b>	<b>105.956.719</b>
Richiesta APQ fondi ex art. 79 comma 1 sexies lett. c) L. 133/2008	5.650.500
<b>Totale risorse residue a carico dello Stato</b>	<b>100.306.219</b>

Tabella 34: Risorse disponibili ex art. 20 Legge n. 67/1998

Le risorse rese disponibili attraverso l'art. 79 (con una compartecipazione da parte della Regione per 299.500 euro) sono destinate, come già precisato nelle pagine precedenti, alla progettazione e realizzazione del modello di monitoraggio del SSR volto a garantire la raccolta sistematica e continuativa dei dati provenienti dall'ASReM e necessari per il governo della spesa, la garanzia dei LEA e la verifica sull'avanzamento delle azioni previste ai fini del rientro dal disavanzo regionale e della riqualificazione del SSR.

Si indicano di seguito, gli investimenti da realizzare:

- riconversione dei presidi ospedalieri di Agnone, Larino e Venafro in centri distrettuali nei quali saranno presenti strutture polifunzionali (PTA con piastre poli-ambulatoriali ad elevata tecnologia in grado di

effettuare prestazioni mediche e chirurgiche di bassa complessità, RSA di seconda fascia a gestione pubblica, Ospedali di comunità) – spesa prevista: 33,80 milioni di euro;

- adeguamento antisismico, alle norme di sicurezza e alla riprogettazione degli spazi funzionali alla nuova organizzazione dell’offerta sanitaria – spesa prevista 128 milioni;
- ristrutturazione degli attuali poliambulatori distrettuali e sub distrettuali – spesa prevista 22 milioni di euro.

Per il finanziamento degli investimenti descritti sono attualmente disponibili, come già indicato, fondi statali ex art. 20 della legge n. 67/1988 per 100,3 milioni di euro, da integrarsi col 5% di concorso regionale per un totale di circa 105,5 milioni di euro. Si sommano alla predetta disponibilità il finanziamento di 3,3 milioni di euro già attivati a seguito della sottoscrizione dell’Accordo di programma 2008 per la ristrutturazione dei poliambulatori di Trivento e Montenero di Bisaccia e 6 milioni di euro del programma “Centri urbani” (art. 71 della legge n. 448/1998) destinati alla nuova sede distrettuale di Campobasso.

La scala delle priorità degli interventi, in base alle effettive disponibilità finanziarie ex art. 20 della legge n. 67/1988 e s.m.i., sarà definita d’intesa con l’ASReM e coerentemente al grado di criticità delle situazioni sulle quali è necessario intervenire.

Il Piano degli investimenti, correlato alla effettiva disponibilità dei relativi finanziamenti, costituisce allegato obbligatorio del bilancio di previsione triennale ed annuale dell’ASReM. Una quota del 10% del finanziamento in conto capitale disponibile in ciascun esercizio per l’acquisto di beni durevoli, e quindi con esclusione delle somme destinati alle opere strutturali, è riservata agli imprevisti.

Sulla gestione corrente possono gravare acquisti di beni durevoli la cui necessità derivi da fatti imprevisti ed indifferibili successivi all’approvazione del Piano degli investimenti a condizione che sia esaurito il fondo per gli imprevisti.

In casi limitati, ma di assoluta urgenza incompatibile con i tempi di acquisizione del finanziamento ex art. 20, l’ASReM potrà procedere ad anticipare gli interventi con fondi della gestione corrente, a condizione che il costo di ammortamento non superi, l’1,5% del finanziamento ordinario a carico del Fondo Sanitario Nazionale. I costi anticipati saranno compensati nell’esercizio in cui saranno disponibili i finanziamenti in conto capitale, con sopravvenienze pari agli ammortamenti iscritti nei bilanci precedenti, per assicurare l’equilibrio di bilancio della gestione corrente.

La Regione intende elaborare e successivamente inviare per approvazione ai ministeri competenti il nuovo piano degli investimenti in cui saranno esposte in maniera puntuale e dettagliata:

- stato di avanzamento dei lavori in corso;
- interventi programmati ma non ancora avviati;
- interventi da avviare nel corso del biennio;
- impatti economici e tempistiche di conclusione dei lavori per gli interventi di cui sopra,
- copertura economica e finanziaria degli interventi programmati.

Tale documentazione sarà inviata entro e non oltre Maggio 2014. Si stima che nel complesso i lavori di ammodernamento/riconversione delle strutture saranno operativi e pressoché conclusi entro la scadenza di Dicembre 2015 così come descritto per le singole azioni dei paragrafi precedenti.

INDICATORI	
<b>Risultati programmatici</b>	
Adeguamento e messa a norma delle strutture e degli impianti.	
Riconversione dei presidi ospedalieri di Agnone, Larino e Venafro	
<b>Indicatori di risultato</b>	<b>Tempistica</b>
Inoltre proposte accordi di programma per investimenti SSR 2013-2015 e Piano degli investimenti regionali	Maggio 2014

INDICATORI
<b>Risultati programmatici</b>
<b>Responsabile del procedimento attuativo</b>
Struttura Commissariale
Ufficio Progetti e patrimonio del Servizio Risorse finanziarie e infrastrutture sanitarie della Direzione Generale per la Salute
Direzione generale ASReM

### Programma 15: Rete Emergenza-Urgenza

#### Intervento 15.1: Riqualificazione Rete Emergenza-Urgenza

Si veda l’Azione 14.5.2: Servizio di emergenza territoriale - 118

### Programma 16: Sanità penitenziaria

#### Intervento 16.1: 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.

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).

Attualmente in Regione Molise sono presenti tre istituti penitenziari: Campobasso, Larino e Isernia.

Situazione carceri presenti in Regione Molise al 30.06.2012						
Istituto	Tipologia	Capienza regolamentare	Detenuti presenti	di cui donne	di cui stranieri	
Campobasso	CCR	112	128	0	21	
Larino	CCR	219	294	0	39	
Isernia	CC	70	83	0	7	
<b>Totale</b>		<b>401</b>	<b>505</b>	<b>0</b>	<b>67</b>	

Tabella 354: Situazione carceri in Regione Molise (Fonte: Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria)

La Regione Molise ha recepito il DPCM 1 aprile 2008 con propria deliberazione del 23.06.2008 n. 544. Con tale atto è stato istituito il previsto 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 delibera 29 settembre 2009.

Sulla base di tale protocollo, sono stati avviati, da parte della Regione e dell'ASReM, atti mirati a regolamentare il ruolo del Servizio Sanitario Regionale all'interno degli istituti penitenziari.

### Azione 16.1.1: Definizione nuovo assetto organizzativo per la Sanità Penitenziaria

Viene istituita l'Unità operativa semplice sovradistrettuale, preposta alla gestione unitaria di tutte le attività socio-sanitarie, di base e specialistiche, a favore dei detenuti, collocata in uno dei distretti.

L'unità operativa ha la funzione di:

- curare i rapporti tra l'Azienda Sanitaria e gli istituti penitenziari presenti nella regione;
- garantire l'assistenza sanitaria di base, specialistica, infermieristica e farmaceutica, prevista dai LEA;
- gestire l'emergenza/urgenza, in raccordo con il Servizio 118;
- raccordare l'assistenza primaria con le attività assicurate dal Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze patologiche.

Per quanto concerne il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, l'Azienda ha stipulato con la regione Abruzzo l'accordo ex art. 3 del decreto ministeriale 28 dicembre 2012 (delibera Giunta regionale 26 luglio 2013, n. 375) e ne curerà l'attuazione, in conformità e nei tempi del programma nazionale.

INDICATORI	
<b>Risultati programmatici</b>	
Riordino Sanità Penitenziaria	
<b>Indicatori di risultato</b>	<b>Tempistica</b>
Sottoscrizione protocolli d'intesa con Regione Abruzzo	Settembre 2014
Attuazione azioni da PSR 2013-2015	Dicembre 2015
<b>Responsabile del procedimento attuativo</b>	
Struttura Commissariale	
DG ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
Si stima che il costo sarà equivalente al finanziamento della regione per la funzione.	

## **Programma 17: Assistenza farmaceutica**

### **Intervento 17.1: Razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata/territoriale**

### **Intervento 17.2: Razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera**

Relativamente alle azioni previste per il Programma 17 viene confermato quanto già descritto nella precedente versione dei P.O. 2013-2015 di Dicembre 2013 (Prot. SIVEAS 242\_A/2013). Vengono inoltre confermate le scadenze e valorizzazioni connesse.

## **Programma 18: Sicurezza e rischio clinico**

### **Intervento 18.1: Azioni di governo clinico e riduzione del rischio clinico**

La riorganizzazione delle funzioni centrali di amministrazione e gestione dell'ASReM prevede la costituzione dell'Unità operativa complessa per il Servizio di prevenzione e protezione, rischio clinico e qualità, in staff alla direzione generale dell'Azienda. La funzione è tra gli elementi fondamentali del Governo clinico, raccomandato dai vigenti Piani sanitari nazionali.

La direzione della UOC si avvarrà di un gruppo di coordinamento aziendale per la qualità e il risk management clinico e della rete dei referenti di ciascuna unità sanitaria di line.

La missione dell'unità operativa è quella di identificare, rilevare, analizzare, monitorare, gestire i fattori di rischio del sistema di erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie nelle implicazioni epidemiologiche, professionali e organizzative.

I suoi compiti consistono:

- nell'elaborazione dei programmi e delle raccomandazioni per la sicurezza;
- nel supporto alla loro applicazione e gestione;
- nello sviluppo dei programmi di formazione degli operatori e supervisori e di comunicazione tra gli operatori aziendali e per il coinvolgimento dei pazienti;
- nelle relazioni con la rete nazionale e gli organismi internazionali.

Le procedure operative per la sicurezza sui luoghi di lavoro (protezione personale, controllo tecnici e sanitari, disposizioni per la pulizia e l'ordine dei luoghi di lavoro), sono formalizzate in manuali e disposizioni.

La prevenzione e gestione del rischio clinico si avvarrà di raccomandazioni e disposizioni inerenti alle procedure diagnostico-terapeutiche, del monitoraggio degli eventi sentinella, di feedback e audit tra pari circa la valutazione dell'appropriatezza dell'uso di tecnologie, interventi e procedure.

La regione implementerà gradualmente il sistema in modo da perfezionarlo entro Dicembre 2015, anche attraverso l'utilizzo delle risultanze della recente sperimentazione condotta in collaborazione con AGENAS e Federsanità ANCI.

Gli obiettivi che s'intende perseguire sono i seguenti:

- definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi;
- monitoraggio dei Piani di miglioramento attuati dall'ASREM a seguito dell'occorrenza di eventi sentinella;
- monitoraggio sistematico dell'uso della *check list* in sala operatoria;
- implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica;
- previsione dell'inserimento dell'implementazione dei documenti ministeriali sulla qualità e sicurezza dei pazienti (Raccomandazioni, Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria) tra i criteri di valutazione del Direttore Generale ASReM.

### Azione 18.1.1: Programmazione e Organizzazione del Sistema di Qualità Aziendale.

La Regione si propone di implementare, entro Dicembre 2014, una Unità per il Governo clinico, al fine di:

- diffondere la cultura dell' Evidence Based Medicine (EBM), pratica della medicina basata sull'integrazione dell'esperienza clinica del medico con la migliore evidenza scientifica disponibile applicata alle caratteristiche ed ai valori del singolo paziente;
- elaborare e favorire l'applicazione delle Linee Guida.
- *Implementare l'accountability*: i sistemi di rintracciabilità delle azioni di tutte le professionalità sanitarie (medici, infermieri ed altri operatori sanitari), attraverso l'individuazione univoca dei responsabili degli atti clinici;
- *Promuovere l'audit* clinico: la revisione organizzata e strutturata tra pari, volta ad esaminare sistematicamente la propria attività ed i propri risultati confrontandoli con standard espliciti, al fine di migliorare la qualità e gli *outcome* dell'assistenza;
- rendere stabile la pratica dell'EBM, dell'Audit Clinico e della Gestione del Rischio Clinico in tutti i dipartimenti dell'ASReM.

Alla luce di quanto sopra dettagliato, l'Unità per il Governo Clinico dovrà provvedere a:

- elaborare e definire uno strumento di rilevazione di eventi avversi;
- implementare la gestione di eventi sentinella, con la conseguente messa in atto di interventi di miglioramento e verifica dei risultati ottenuti;
- implementare e monitorare la Checklist in Sala Operatoria, le Raccomandazioni Ministeriali e il Manuale di Sicurezza per la Sala Operatoria;
- elaborare un progetto per la sicurezza nella terapia oncologica;
- diffondere l'approccio EBM e EBHC a tutti gli operatori sanitari, attraverso seminari aperti e creando reti all'interno dei dipartimenti con referenti delle Unità Operative.
- elaborare linee guida, secondo metodologia EBM, da diffondere ed implementare attraverso metodologie e strumenti di dimostrata efficacia.

INDICATORI	
<b>Risultati programmatici</b>	
Miglioramento continuo della performance professionale e organizzativa a tutela della qualità, dell'appropriatezza e della sicurezza delle cure.	
Diffusione di una cultura di adesione a percorsi assistenziali integrati che riducono la variabilità nella pratica clinica e coinvolgono differenti figure professionali anche attraverso un miglioramento della comunicazione interdisciplinare.	
Applicazioni di Linee Guida e percorsi assistenziali che permettano di identificare le inapproprietezze (in eccesso e in difetto), suggerendo precocemente le aree di miglioramento del processo assistenziale.	
Indicatori di risultato	Tempistica
Documentazione degli esiti assistenziali	Dicembre 2014
Rimodulazione della domanda, adeguamento dell' offerta e riduzione liste di attesa	Dicembre 2014
Controllo beni-costi e servizi	Dicembre 2014
Riduzione di sinistri e conseguente ridefinizione del premio assicurativo	Dicembre 2014
Definire la dotazione organica del personale e stabilizzazione del personale incaricato	Dicembre 2014
Messa a regime e monitoraggio evidenze	Dicembre 2015
<b>Responsabile del procedimento attuativo</b>	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	

INDICATORI
<b>Risultati programmatici</b>
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici

### Azione 18.1.2: Implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella Terapia Oncologica (Raccomandazione n. 14, ottobre 2012 Ministero della Salute)

La Regione, nell'ambito del processo di potenziamento del governo del rischio clinico, intende accrescere il grado di consapevolezza tra gli operatori sanitari coinvolti nella gestione delle terapie oncologiche e ottenere la completa tracciabilità dell'intero processo di prescrizione, allestimento e somministrazione al paziente, con l'introduzione di procedure condivise.

A tal fine verranno implementate nel corso dell'operatività dei Programmi Operativi azioni volte a:

- assicurare e attuare una costante formazione professionale. Introdurre la prescrizione oncologica informatizzata attraverso l'elaborazione di schemi di terapia standard da personalizzare su richiesta dell'oncologo/ematologo;
- elaborare protocolli condivisi per l'allestimento, la distribuzione e la somministrazione della preparazione oncologica.

Tuttavia, il sistema richiede competenze specifiche degli operatori affinché l'uso sia appropriato.

Ciò rende necessaria la programmazione di specifica formazione per tutti gli operatori e la presenza di personale con competenze informatiche di elevato livello.

INDICATORI	
<b>Risultati programmatici</b>	
Miglioramento della qualità della prestazione erogata, sicurezza al paziente, sicurezza all'operatore sanitario e supposto qualificato al medico per la riduzione degli errori di terapia.	
Aumento delle prestazioni oncologiche erogate a fronte di un contenimento dei costi per miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, e riduzione dei reflui e degli scarti di produzione	
Diminuzione delle richieste di risarcimento all'Azienda da parte degli operatori sanitari e dei pazienti.	
Indicatori di risultato	Tempistica
Numero incontri di formazione Aziendale	Dicembre 2014
numero Procedure condivise.	Dicembre 2014
Messa a regime e monitoraggio evidenze	Dicembre 2015
<b>Responsabile del procedimento attuativo</b>	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

### Azione 18.1.3: Ricerca e Sviluppo

Su i due filoni di attività si procederà a:

- Ricerca: Creazione di una nuova conoscenza e valutazione di quanto già esiste;
- Sviluppo: Incrementare il livello delle prestazioni e gli outcomes attraverso l'applicazione dei risultati ottenuti dalla ricerca

Tali attività saranno implementate entro Dicembre 2014 e successivamente portate a regime entro e non oltre Dicembre 2015.

<b>INDICATORI</b>	
<b>Risultati programmatici</b>	
Introdurre nella pratica clinica la ricerca e diffondere le pratiche innovative in tutti i Dipartimenti Aziendali	
<b>Indicatori di risultato</b>	<b>Tempistica</b>
Implementazioni azioni	Dicembre 2014
Messa a regime e monitoraggio evidenze	Dicembre 2015
<b>Responsabile del procedimento attuativo</b>	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
<b>VALORIZZAZIONE ECONOMICA</b>	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

# Allegati

## Direttive per l'avvio del sistema di programmazione e controllo dell'ASReM

*Allegato 1: Il governo dei processi produttivi all'interno delle strutture che costituiscono le reti*

I centri di responsabilità e di costo ospedalieri per la prima applicazione sono quelli indicati negli allegati 2,3,4,5,6.

I primi report consuntivi devono essere disponibili entro il 31 gennaio 2015 per il periodo 1 luglio – 31 dicembre 2014.

Le variabili produttive ospedaliere da rilevare, per unità operativa, sono le seguenti:

- posti letto effettivamente funzionanti (DO e DH/DS);
- ricoveri: totali e distinti per DO/DH;
- dimessi: totali, ordinari con separata evidenza dei trasferimenti, DH/DS;
- DRG ordinari, distinti per medici, chirurgici, non classificati;
- peso medio: totale per DRG ordinari e separatamente per medici, chirurgici e non classificati;
- casi per durata: < 1 giorno; 1 giorno; 2 giorni; da 3 giorni fino al valore soglia; oltre il valore soglia;
- degenze ordinarie: totale, degenza media giornaliera, tasso di utilizzo dei pl, durata media per ricovero, intervallo di turn over, indice di rotazione;
- DRG per DH/DS: totali e distinti per medici, chirurgici e non classificati;
- peso medio: totale per DRG DH/DS e separatamente per medici, chirurgici e non classificati;
- accessi programmati per p.l. di DH/DS e accessi effettivi;
- DRG potenzialmente inappropriati;
- valore della produzione: DRG medici, chirurgici e non classificati, separatamente per ordinari e DH/DS; prestazioni ambulatoriali; libera professione; altro;
- valore medio DRG: totale e separatamente per medici, chirurgici e non classificati, per ordinari e DH/DS;
- sala operatoria: ore programmate per u.o., ore di effettiva utilizzazione, interventi programmati, interventi effettivi, interventi per ora di effettiva utilizzazione, giorni di attesa preoperatoria, fatturato/n. interventi;
- personale totale per u.o. e distinto per: medici, altri dirigenti sanitari, personale infermieristico/ostetriche, tecnici sanitari, altro;
- ore mensili (o altro periodo di rilevazione) di apertura degli ambulatori per pazienti esterni;
- valore della produzione per prestazioni ambulatoriali a tariffa;
- valore delle prestazioni intermedie acquistate e vendute dalle unità operative di degenza (laboratorio, radiologia, consulenze specialistiche, esami strumentali etc.), in prima applicazione valorizzate secondo tariffario nazionale;
- valorizzazione dei costi diretti ed indiretti, stabilendo per questi ultimi un driver di ribaltamento.

In analogia si procederà per gli ambulatori extra ospedalieri, rilevando i dati congruenti.

Le rilevazioni sono finalizzate ad un embrionale controllo di gestione su macro indicatori di produttività. A tal fine la direzione generale stabilisce, a valere da luglio 2014, gli obiettivi di budget delle unità operative.

Gli obiettivi di seguito elencati potranno incidere sensibilmente sul miglioramento del risultato economico della gestione 2014:

- diminuire i ricoveri per le patologie deospedalizzabili del 20% entro il 31 dicembre 2014, per portare il tasso di ospedalizzazione nel 2015 al valore standard di 160 per mille abitanti, di cui il 20% in ricovero diurno;
- controllare che non sia ammesso day hospital di tipo esclusivamente diagnostico, salvo che per le procedure caratterizzate da particolare complessità;
- nelle unità operative chirurgiche la casistica trattata deve tendere ad un rapporto minimo del 70% di pazienti operati rispetto al numero dei dimessi al 31 dicembre 2014 e all'85% nel 2015;
- nelle unità operative di ostetricia e ginecologia il rapporto è corretto tenendo conto dei parti fisiologici (DRG medici), ma il numero totale dei parti deve tendere almeno a 650, con riduzione dell'incidenza dei parti cesarei al 25%;
- analoga correzione sarà stabilita per le unità operative di ortopedia e traumatologia, tenuto conto delle prestazioni di traumatologia riferite a DRG medici; in ogni caso, la traumatologia minore deve essere trattata in regime ambulatoriale, ogni volta che le condizioni del paziente lo consentano;
- monitorare la corretta utilizzazione del DRG 391 per i neonati sani, che non determina tasso di ospedalizzazione;
- nelle unità operative di area medica il peso dei DRG per ricoveri ordinari deve tendere a superare il valore di 1,1;
- assicurare tempi di attesa e di risposta entro le 24 ore per le prestazioni diagnostiche a pazienti ricoverati;
- incremento degli orari di servizio degli ambulatori ospedalieri, per contenere le liste d'attesa e per intensificare la competizione con le strutture private;
- riorganizzare le dotazioni di personale per turno di lavoro e per destinazione, tenuto conto delle dismissioni e accorpamenti delle unità operative, delle sinergie offerte dalla organizzazione dipartimentale, in modo da assicurare nell'esercizio 2014 una riduzione del 5% dei costi del personale rispetto al 2013.
- applicazione di procedure mirate a filtrare i ricoveri inappropriati attraverso l'osservazione breve in pronto soccorso e mediante la stipula di un protocollo per l'accesso del medico di famiglia negli ospedali dell'azienda in modo da ottimizzare gli obblighi di reciproca informazione e consulenza tra i medici di medicina generale e i medici ospedalieri, per evitare ricoveri non necessari, abbreviare le degenze, rafforzare la fiducia tra paziente e medico di famiglia, garantire una effettiva continuità terapeutica;
- esecuzione generalizzata in pre-ricovero delle prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato, finalizzata ad evitare la prescrizione di prestazioni ambulatoriali il cui costo è compreso nelle tariffe associate ai DRG e ad abbreviare la durata delle degenze ospedaliere;
- applicare protocolli di semplificazione delle procedure di accesso degli utenti alle prestazioni sanitarie, applicando l'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta in materia di prescrizione farmaceutica in caso di urgenza terapeutica, di richieste del medico specialista di ulteriori indagini necessarie alla risposta a quesiti diagnostici posti dal medico curante, di accesso diretto ad alcune specialità nelle strutture pubbliche, di controlli programmati;
- erogazione diretta generalizzata, con contabilizzazione analitica distinta dai consumi interni, di medicinali agli assistiti dimessi dagli ospedali o in visita specialistica ambulatoriale, ai sensi della legge 2001/405, art.4, per contenere i costi di assistenza farmaceutica;
- assegnazione e controllo del budget dei medici di famiglia per l'assistenza farmaceutica e specialistica ambulatoriale, con spesa programmata pari ai valori medi nazionali; obiettivo dell'ospedalizzazione degli assistiti di ciascun medico a 160 per mille; a fronte di questi obiettivi la Regione s'impegna a incrementare le risorse destinate all'assistenza distrettuale e domiciliare e a supportare l'attività di Primary Health Care;
- controllo sistematico dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate; l'obiettivo è assegnato congiuntamente all'unità operativa di epidemiologia (o struttura equivalente) dell'ASReM e ai servizi ispettivi regionali già a ciò preposti;
- adottare protocolli diagnostico terapeutici ospedalieri e per i medici di famiglia.

La missione dei servizi amministrativi dell'ASReM e della regione è quella di creare le più efficienti condizioni operative delle strutture che producono ed erogano le prestazioni sanitarie e di concorrere a facilitare l'accesso dei cittadini semplificando le procedure.

Gli obiettivi sono, pertanto, i seguenti:

- analisi e revisione delle procedure amministrative che devono essere definite in manuali a garanzia dell'uniformità dei comportamenti di ogni struttura;
- coinvolgimento dei servizi amministrativi, unitamente ai servizi sanitari, nella definizione, nel monitoraggio e nella valutazione del budget;
- verifica e miglioramento delle condizioni di approvvigionamento di beni e servizi, sia sotto il profilo economico qualitativo, sia in termini di tempestività;
- gestione dei contratti di lavoro mirata a valorizzare le risorse umane, favorirne la crescita e promuoverne il senso di appartenenza all'azienda;
- organizzazione e sviluppo delle funzioni strategiche per il sistema di programmazione e controllo dell'azienda (sistema informativo contabile ed extra contabile, controllo interno) e di meccanismi operativi dinamici e proattivi (lavorare per programmi invece che per atti, iniziativa invece che mera esecuzione di obblighi normativi, attenzione ai risultati oltre che alla legge).

La regolarità dei flussi informativi è vitale per assumere le decisioni di governo dell'azienda. La responsabilità di garantire flussi informativi completi, affidabili e tempestivi investe tutti i dirigenti dell'azienda preposti alle direzioni operative e deve essere esercitata con la consapevolezza che ogni ritardo o altro inadempimento paralizza il funzionamento dell'azienda e del SSR.

## Tablelle di dettaglio sulla composizione della rete ospedaliera regionale

Allegato 2: Dotazione posti letto – A. Cardarelli, CAMPOBASSO

OSPEDALE DI CAMPOBASSO						
Discipline	codice	uoc	uos	Posti letto		
				degenza ordinaria	dh-ds	totale
Cardiochirurgia	07					
Med e chirug. accet. e urgenza	51	1		letti tecnici per OBI		
Terapia intensiva generale	49	1		8		8
Cardiologia	8	1		12	2	14
utic	50		1	4		4
Medicina generale	26	1		28	4	32
malattie endocrine	19		1		3	3
Nefrologia	29	1		10	2	12
emodialisi	54		1	letti tecnici		
Geriatria	21	1		18	2	20
Neurologia con stroke	32	1		18	2	20
Oncologia	64	1		10	2	12
oncoematologia	66		1	3	1	4
Malattie infettive	24	1		10	2	12
Pneumologia*	68	1		12	2	14
Chirurgia generale	09	1		26	4	30
Chirurgia toracica	13					
Chirurgia maxillo facciale	10					
Chirurgia ricostruttiva	12					
Chirurgia vascolare	14		1	6	2	8
Neurochirurgia	30	1		12	2	14
Oculistica	34	1		10	2	12
Ortopedia e traumatologia	36	1		24	4	28
Urologia	43	1		16	2	18
Otorinolaringoiatria (1)	38		1	2	2	4
Ostetricia e ginecologia	37	1		20	4	24
Neonatologia	62	1		7	1	8
utin	73		1	4		4
pediatria**	39		1	6	2	8
Psichiatria ***	40		1	7	2	9
Odontostomatologia	35			ruinito odontoiatrico per pazienti non collaboranti		
<b>Totale ACUZIE</b>		<b>17</b>	<b>9</b>	<b>273</b>	<b>49</b>	<b>322</b>
Riabilitazione	56			10	2	12
Neuroriabilitazione	75	1	1	5		5
Lungodegenza	60					
<b>Totale POST ACUZIE</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>17</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>18</b>	<b>10</b>	<b>288</b>	<b>51</b>	<b>339</b>

\* UOC di riferimento dei servizi territoriali di pneumotisiologia e per il trattamento domiciliare e ambulatoriale di BPCO, patologie neuromuscolari, SLA, fibrosi polmonare e tracheostomizzati.

\*\* un letto dedicato alle cure palliative e uno alla neuropsichiatria infantile. Inoltre, è presente un nido per neonati sani.

\*\*\* UOS afferenti la UOC di Salute Mentale

1) ORL UOS funzionalmente collegata alla UOC di Termoli

Allegato 3: Dotazione posti letto – S. Timoteo, TERMOLI

OSPEDALE TERMOLI LARINO													
Discipline	codice	TERMOLI					LARINO					TOTALE	
		uoc	uos	Posti letto			uoc	uos	Posti letto			PL	
				degenza ordinaria	dh-ds	totale			degenza ordinaria	dh-ds	totale		
Cardiochirurgia	07												
Med e chirug. accet. e urgenza	51	1		letti tecnici per OBI									
Terapia intensiva generale	49	1		8		8							8
Cardiologia	8	1		10	2	12							12
utic	50		1	4		4							4
Medicina generale	26	1		26	4	30							30
malattie endocrine	19												
Nefrologia	29												
emodialisi*	54		1	letti tecnici					letti tecnici				
Geriatría	21												
Neurologia con stroke	32												
Oncologia	64												
oncoematologia	66												
Malattie infettive	24												
Pneumologia	68												
Chirurgia generale****	09	1		25	4	29				4	4		33
Chirurgia toracica	13												
Chirurgia maxillo facciale	10												
Chirurgia ricostruttiva	12												
Chirurgia vascolare	14												
Neurochirurgia	30												
Oculistica	34												
Ortopedia e traumatologia	36	1		18	2	20							20
Urologia (1)	43		1	5	1	6							
Otorinolaringoiatria	38	1		6	2	8							
Ostetricia e ginecologia	37	1		18	2	20							20
Neonatologia	62												
utin	73												
pediatria**	39		1	6	2	8							8
Psichiatria**	40		1	6	2	8							8
Odontostomatologia	35												
<b>Totale ACUZIE</b>			<b>8</b>	<b>5</b>	<b>132</b>	<b>21</b>	<b>153</b>			<b>0</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>157</b>
Riabilitazione	56									16	2	18	18
Neuroriabilitazione	75						1	1					
Lungodegenza	60									16		16	16
<b>Totale POST ACUZIE</b>			<b>0</b>		<b>0</b>	<b>0</b>		<b>1</b>		<b>32</b>	<b>2</b>	<b>34</b>	<b>34</b>
<b>Totale complessivo</b>			<b>8</b>	<b>5</b>	<b>132</b>	<b>21</b>	<b>153</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>32</b>	<b>6</b>	<b>38</b>	<b>191</b>

\* UOS afferente la UOC di Campobasso.

\*\* UOS afferente la UOC di Campobasso. Inoltre, è previsto un nido per neonati sani.

\*\*\* UOS afferente la UOC - Centro di Salute Mentale

\*\*\*\* I PL in day surgery indicati in chirurgia generale nello stabilimento di Larino sono intesi come multidisciplinari con personale infermieristico dedicato ed equipages mediche delle discipline presenti nei presid di Campobasso, Termoli e Isernia.

POSTI RENE: totale 26, di cui 15 a Termoli e 11 a Larino.

1) UOS appartenente alla UOC di Chirurgia Generale

Allegato 4: Dotazione posti letto – F. Venezia, ISERNIA

OSPEDALE ISERNIA VENAFRO AGNONE																		
Discipline	codice	ISERNIA					VENAFRO					AGNONE			TOTALE PL			
		uoc	uos	Posti letto			uoc	uos	Posti letto			uoc	uos	Posti letto				
				degenza ordinaria	dh-ds	totale			degenza ordinaria	dh-ds	totale			degenza ordinaria		dh-ds	totale	
Cardiochirurgia	07																	
Med e chirug. accet. e urgenza	51	1		letti tecnici per OBI														
Terapia intensiva generale	49	1		8		8												8
Cardiologia	8	1		10	2	12												12
<i>utic</i>	50		1	4		4												4
Medicina generale****	26	1		28	4	32						1		8	2		10	42
<i>malattie endocrine</i>	19																	
Nefrologia	29																	
<i>emodialisi*</i>	54		1	letti tecnici			letti tecnici			letti tecnici								
Geriatria	21																	
Neurologia con stroke	32																	
Oncologia	64																	
<i>oncoematologia</i>	66																	
Malattie infettive	24																	
Pneumologia	68																	
Chirurgia generale*****	09	1		20	4	24			4	4					2	2		30
Chirurgia toracica	13																	
Chirurgia maxillo facciale	10																	
Chirurgia ricostruttiva	12																	
Chirurgia vascolare	14																	
Neurochirurgia	30																	
Oculistica	34																	
Ortopedia e traumatologia	36	1		18	2	20												20
Urologia	43																	
Otorinolaringoiatria	38																	
Ostetricia e ginecologia	37	1		14	2	16												16
Neonatologia	62																	
<i>utin</i>	73																	
<i>pediatria**</i>	39		1	6	2	8												8
Psichiatria***	40		1	6	2	8												8
Odontostomatologia	35																	0
<b>Totale ACUZIE</b>			<b>7</b>	<b>4</b>	<b>114</b>	<b>18</b>	<b>132</b>		<b>0</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>1</b>		<b>8</b>	<b>4</b>	<b>12</b>		<b>148</b>
Riabilitazione	56							1	17	1	18			12	1	13		31
Neuroriabilitazione	75						1	1				1	1			0		0
Lungodegenza	60								12		12			10		10		22
<b>Totale POST ACUZIE</b>			<b>0</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>29</b>	<b>1</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>22</b>	<b>1</b>	<b>23</b>		<b>53</b>
<b>Totale complessivo</b>			<b>7</b>	<b>4</b>	<b>114</b>	<b>18</b>	<b>132</b>	<b>1</b>	<b>29</b>	<b>5</b>	<b>34</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>30</b>	<b>5</b>	<b>35</b>		<b>201</b>

\* UOS afferente la UOC di Campobasso.

\*\* UOS afferente la UOC di Campobasso. Inoltre, è previsto un nido per neonati sani.

\*\*\* UOS afferente la UOC - Centro di Salute Mentale

\*\*\*\* UOS di H Agnone PRESIDIO OSPEDALIERO DI ZONA DISAGIATA, dipendente da UOC Isernia. L'atto aziendale potrà individuare nella UOC di Isernia una struttura semplice di oncologia ad invarianza di posti letto complessivi, garantendo collegamenti funzionali per la supervisione delle attività da parte della UOC di Oncologia di Campobasso.

\*\*\*\*\* I PL in day surgery indicati in chirurgia generale nello stabilimento di Agnone e Venafro sono intesi come multidisciplinari con personale infermieristico dedicato ed equipie mediche delle discipline presenti nei presid di Campobasso, Termoli e Isernia.

Allegato 5: Dotazione posti letto – Strutture private accreditate

STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE																				
Discipline	codice	Fondazione Giovanni Paolo II (1, 2)			Neuromed (3)			Villa Maria			Villa Ester			Igea medica			Totale Privati	Note		
		DO	DH	totale	DO	DH	totale	DO	DH	totale	DO	DH	totale	DO	DH	totale				
Cardiochirurgia	07	20		20														20	1) Fondazione Giovanni Paolo II Il programma prevede una rimodulazione dell'accreditamento, in modo da ridurre le sovrapposizioni funzionali con l'ospedale Cardarelli, incentrata su discipline chirurgiche a bacino d'utenza superiore alla dimensione demografica del Molise, che attualmente alimentano i flussi di mobilità sanitaria passiva	
Med e chir. Accet e urgenza	51																			
Terapia intensiva generale	49	6		6	7		7											13		
Cardiologia	08	18	2	20														20		
utic	50	4		4														4		
Medicina generale	26							22	3	25	22	3	25					50		
Malattie endocrine	19																			
Nefrologia	29																		2) Fondazione Giovanni Paolo II 5 posti letto tecnici per radioterapia	
emodialisi	54																			
Geriatria	21																		3) Neuromed Il programma prevede una rimodulazione dell'accreditamento, giusta l'accordo transattivo del 5.10.2011, senza modificazione delle discipline accreditate né de numero dei posti letto, attualmente pari a 156 PL	
Neurologia con stroke	32				46	4	50											50		
Oncologia	64	7	3	10														10		
oncoematologia	66	7	3	10														10		
Malattie infettive	24																		Per tutte le strutture: a) L'accreditamento concerne altresì le attività dei servizi diagnostici e ambulatoriali risultanti dai provvedimenti di accreditamento senza modificazioni. b) Con l'approvazione dei protocolli per il day service chirurgico e medico, sarà riconsiderato l'accreditamento per degenza ordinaria e day hospital/day surgery.	
Pneumologia	68																			
Chirurgia generale	09	20	2	22				12	3	15	24	5	29					66		
Chirurgia toracica	13	10		10														10		
Chirurgia maxillo facciale	10	6	2	8														8		
Chirurgia ricostruttiva	12	6	2	8														8		
Chirurgia vascolare	14				6	3	9											9		
Neurochirurgia	30				33	2	35											35		
Oculistica	34																			
Ortopedia e traumatologia	36																			
Urologia	43																			
Otorinolaringoiatria	38																			Posti rene accreditati/contrattualizzati Nephrocare 11 PL
Ostetricia e ginecologia	37																			
Neonatologia	62																			
utin	73																			
pediatria	39																			
Psichiatria	40																			
<b>Totale ACUZIE</b>		<b>104</b>	<b>14</b>	<b>118</b>	<b>92</b>	<b>9</b>	<b>101</b>	<b>34</b>	<b>6</b>	<b>40</b>	<b>46</b>	<b>8</b>	<b>54</b>					<b>313</b>		
Riabilitazione	56	8	1	9	8	2	10				19	1	20	30	2			32		71
Neuroabilitazione	75				45		45												45	
Lungodegenza	60																			
<b>Totale POST ACUZIE</b>		<b>8</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>53</b>	<b>2</b>	<b>55</b>				<b>19</b>	<b>1</b>	<b>20</b>	<b>30</b>	<b>2</b>			<b>32</b>	<b>116</b>	
<b>Totale complessivo</b>		<b>112</b>	<b>15</b>	<b>127</b>	<b>145</b>	<b>11</b>	<b>156</b>	<b>34</b>	<b>6</b>	<b>40</b>	<b>65</b>	<b>9</b>	<b>74</b>	<b>30</b>	<b>2</b>			<b>32</b>	<b>429</b>	

Allegato 7: Organizzazione servizi senza posti letto

SERVIZI SENZA POSTI LETTO OSPEDALI PUBBLICI									
DENOMINAZIONE	Presidio CAMPOBASSO		Presidio TERMOLI LARINO		Presidio ISERNIA VENAFRO AGNONE		TOTALE		NOTE
	uoc	uos	uoc	uos	uoc	uos	uoc	uos	
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	1		1		1		3		a
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	1		1		1		3		b
ANATOMIA PATOLOGICA	1						1		
PSICOLOGIA CLINICA	1						1		c
PATOLOGIA CLINICA	1		1			1	2	1	d
RADIOLOGIA	1		1		1		3		
MEDICINA NUCLEARE		1						1	
NEUROFISIOPATOLOGIA									e
FARMACIA OSPEDALIERA	1			1		1	1	2	f
ANESTESIA		1		1		1	0	3	g
MEDICINA TRASFUSIONALE	1			1		1	1	2	h
<b>TOTALE</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>i</b>

NOTE	
a	dalla DMP dipendono gli uffici di: accettazione e archivio clinico, relazioni con il pubblico; i servizi di: statistica ed epidemiologia, fisica sanitaria e protezione infortunistica, medicina legale, infermieristico-auxiliari e accoglienza, scienze alimentari e dietetica.
b	dalla DA dipendono gli uffici di amministrazione del personale di presidio (con esclusione delle funzioni della direzione centrale del personale), approvvigionamenti e magazzino economale, tecnici di competenza del presidio.
c	il servizio di psicologia clinica e assistenza sociale è assicurato da personale di altre unità operative territoriali, anche part-time.
d	negli stabilimenti ospedalieri di Larino, Venafro, Agnone, punti di prelievo e dotazione di point of care testing per le emergenze.
e	servizio dell'UOC neurologia H Campobasso.
f	UOS dipendenti da UOC H Campobasso; le farmacie ospedaliere provvedono anche alla distribuzione diretta di farmaci alla dimissione o in occasione di controlli diagnostici ambulatoriali.
g	la funzione assistenziale è assicurata in ciascun presidio dalla UOC di terapia intensiva generale.
h	UOS dipendenti da UOC H Campobasso
i	altri servizi e dotazioni:
i.1	ambulatori polispecialistici nei 3 presidi H e nei 3 stabilimenti H, configurati come poliambulatori distrettuali, anche per discipline diverse dalla u.o. presenti, secondo fabbisogno determinato dalla stima della domanda interna ed esterna.
i.2	punto di primo intervento di soccorso (linee guida n.1/1996 e successivi aggiornamenti) negli H di Agnone, Larino, Venafro.

MOLISE: RIEPILOGO RETE OSPEDALIERA PUBBLICA PRIVATA PER DISCIPLINA												
Discipline	codice	OSPEDALI PUBBLICI					OSPEDALI PRIVATI			TOTALE REGIONE		
		uoc	uos	Posti letto			Posti letto			Posti letto		
				degenza ordinaria	dh-ds	totale	degenza ordinaria	dh-ds	totale	deg.ord.	dh-ds	
Cardiochirurgia	07	-	-	-	-	-	20	-	20	20	-	
Med e chirug. accet. e urgenza	51	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Terapia intensiva generale	49	3	-	24	-	24	13	-	13	37	-	
Cardiologia	8	3	-	32	6	38	18	2	20	50	8	
<i>utic</i>	50	-	3	12	-	12	4	-	4	16	-	
Medicina generale	26	3	1	90	14	104	44	6	50	134	20	
<i>malattie endocrine</i>	19	-	1	-	3	3	-	-	-	-	3	
Nefrologia	29	1	-	10	2	12	-	-	-	10	2	
<i>emodialisi</i>	54	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	
Geriatría	21	1	-	18	2	20	-	-	-	18	2	
Neurologia con stroke	32	1	-	18	2	20	46	4	50	64	6	
Oncologia	64	1	-	10	2	12	7	3	10	17	5	
<i>oncoematologia</i>	66	-	1	3	1	4	7	3	10	10	4	
Malattie infettive	24	1	-	10	2	12	-	-	-	10	2	
Pneumologia	68	1	-	12	2	14	-	-	-	12	2	
Chirurgia generale	09	3	-	71	22	93	56	10	66	127	32	
Chirurgia toracica	13	-	-	-	-	-	10	-	10	10	-	
Chirurgia maxillo facciale	10	-	-	-	-	-	6	2	8	6	2	
Chirurgia ricostruttiva	12	-	-	-	-	-	6	2	8	6	2	
Chirurgia vascolare	14	-	1	6	2	8	6	3	9	12	5	
Neurochirurgia	30	1	-	12	2	14	33	2	35	45	4	
Oculistica	34	1	-	10	2	12	-	-	-	10	2	
Ortopedia e traumatologia	36	3	-	60	8	68	-	-	-	60	8	
Urologia	43	1	1	21	3	24	-	-	-	21	3	
Otorinolaringoiatria	38	1	1	8	4	12	-	-	-	8	4	
Ostetricia e ginecologia	37	3	-	52	8	60	-	-	-	52	8	
Neonatalogia	62	1	-	7	1	8	-	-	-	7	1	
<i>utin</i>	73	-	1	4	-	4	-	-	-	4	-	
<i>pediatria</i>	39	-	3	18	6	24	-	-	-	18	6	
Psichiatria	40	-	3	19	6	25	-	-	-	19	6	
Odontostomatologia	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
<b>Totale ACUZIE</b>		<b>32</b>	<b>19</b>	<b>527</b>	<b>100</b>	<b>627</b>	<b>276</b>	<b>30</b>	<b>313</b>	<b>803</b>	<b>137</b>	<b>940</b>
Riabilitazione	56			55	6	61	65	6	71	120	12	
Neuroriabilitazione	75	4	4	5	-	5	45	-	45	50	-	
Lungodegenza	60			38	-	38	-	-	-	38	-	
<b>Totale POST ACUZIE</b>		<b>4</b>	<b>4</b>	<b>98</b>	<b>6</b>	<b>104</b>	<b>110</b>	<b>6</b>	<b>116</b>	<b>208</b>	<b>12</b>	<b>220</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>36</b>	<b>23</b>	<b>625</b>	<b>106</b>	<b>731</b>	<b>386</b>	<b>36</b>	<b>429</b>	<b>1.011</b>	<b>149</b>	<b>1.160</b>

Note:

La dotazione di posti letto tecnici, disciplina 31 (nido: 8 Cardarelli, 4 Isernia, 8 Termoli = 20 totale) devono essere inseriti nei modelli HSP 12 ai fini del dominio dei flussi informativi ministeriali. L'organizzazione dei dipartimenti ospedalieri sarà di carattere strutturale per presidio ed è demandata all'atto aziendale. Il dipartimento di emergenza urgenza e accettazione di secondo livello ha sede nell'ospedale di Campobasso.