



Regione Molise

Programma Operativo 2023 - 2025

INDICE

1	Premessa	5
1.1	Percorso metodologico e struttura del Piano	5
1.2	Contesto di riferimento	6
1.2.1	Il contesto demografico	8
1.2.2	Gli indici demografici	9
2	Governance del PO	12
2.1	Governance del PO	12
3	Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica	15
3.1	Piano della Prevenzione	16
3.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	17
3.2	Programmi organizzati di screening	18
3.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	19
3.3	Coperture vaccinali	20
3.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	21
3.4	Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro	22
3.4.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	23
3.5	Sanità veterinaria e sicurezza alimentare	24
3.5.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	24
4	Assistenza Territoriale/ Distrettuale	26
4.1	Assistenza primaria e continuità assistenziale	28
4.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	32
4.2	Assistenza domiciliare integrata	33
4.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	33
4.3	Ospedali di Comunità	34
4.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	35
4.4	Accesso ai servizi e presa in carico	35
4.4.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	36
4.5	Assistenza alle persone non autosufficienti	37
4.5.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	39
4.6	Assistenza alle persone disabili	39
4.6.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	41
4.7	Specialistica ambulatoriale	41
4.7.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	44
4.8	Salute Mentale	45
4.8.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	48
4.9	Dipendenze patologiche	49
4.9.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	51
4.10	Cure palliative e terapia del dolore	51
4.10.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	53
4.11	Sanità penitenziaria	54
4.11.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	56
5	Assistenza Ospedaliera	58
5.1	Rete ospedaliera, rete dell'emergenza urgenza e patologie tempo dipendenti	58
5.1.1	Rete cardiologica per l'emergenza	62
5.1.3	Rete Traumatologica	67
5.1.4	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	70
5.2	Rete dei punti nascita	72
5.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	74
5.3	Rete oncologica	76
5.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	76

5.4	Rete trapiantologica	77
5.4.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	78
5.5	Rete malattie rare	79
5.5.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	80
5.6	Rete terapia del dolore e cure palliative	81
5.7	Rete medicine specialistiche	81
5.7.1	Rete delle malattie infettive	81
5.7.2	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	82
5.8	Reti dei servizi di diagnosi e cura	83
5.8.1	Rete Trasfusionale	83
5.8.2	Rete Laboratori	85
5.9	Rete riabilitazione e lungodegenza	87
5.9.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	87
6	Autorizzazione e accreditamento	88
6.1	Processo di autorizzazione e accreditamento (strutture pubbliche e private)	88
6.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	90
6.2	Definizione/aggiornamento requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento	90
6.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	91
6.3	Organismo Tecnicamente Accreditante	92
6.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	93
7	Rapporti con gli erogatori privati accreditati	94
7.1	Budget	96
7.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	98
7.2	Contratti	99
7.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	100
7.3	Tariffe per tutte le tipologie di assistenza	101
7.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	103
7.4	Remunerazione delle funzioni assistenziali	103
7.5	Procedure di controllo delle prestazioni rese (appropriatezza, vincolo di budget, emissione note di credito, ecc)	104
7.5.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	105
8	Beni e Servizi	107
8.1	Programmazione acquisti	107
8.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	108
8.2	Aspetti organizzativi e logistici dei processi di acquisto	109
8.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	110
8.3	Centralizzazione/agggregazione degli acquisti	110
8.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	111
8.4	Controllo e monitoraggio del mix tra prezzi e quantità	111
8.4.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	111
9	Assistenza Farmaceutica e Dispositivi Medici	113
9.1	Promozione delle misure dirette a garantire l'appropriatezza prescrittiva	118
9.1.1	Metodo valutativo dei Medici di Medicina Generale (MMG) – Progetto di budget	118
9.1.2	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	118
9.2	Rispetto dei tetti – Governance del farmaco	120
9.2.1	Somministrazione farmaci da parte delle strutture private accreditate. Spesa extra-tariffa	121
9.2.2	Razionalizzazione della spesa mediante processi di centralizzazione degli acquisti diretti. Implementazione/ottimizzazione procedure di acquisto	122
9.2.3	Potenziamento dell'utilizzo del farmaco "biosimilare" e razionalizzazione della spesa	122
9.2.4	Razionalizzazione della spesa per gas medicinale	125
9.2.5	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	126
9.3	Governo della spesa dei dispositivi medici e dell'appropriatezza d'uso	128
9.3.1	Istituzione della Commissione tecnica regionale sui dispositivi medici	129
9.3.2	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	130

10	Governance del Personale	131
10.1	Piani triennali di fabbisogno	132
10.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	133
10.2	Procedure assunzionali e gestione del turn over	134
10.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	136
10.3	Fabbisogni formativi professioni mediche e sanitarie	136
10.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	139
11	Governance regionale	141
11.1	Definizione della governance regionale di supporto al SSR	141
11.2	Verifica adempimenti	141
11.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	142
11.3	Flussi Informativi	142
11.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	145
11.4	Gestione e presidio del contenzioso	146
11.4.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	150
11.5	Investimenti in sanità	150
11.5.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	153
11.6	Progetto ex Art. 79	154
11.6.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	155
11.7	Obiettivi Direttori generali	156
11.7.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	157
11.8	Health Technology Assessment	157
11.8.2	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	158
11.9	Protocolli di intesa con le Università	159
11.9.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	160
12	Governance delle Aziende Sanitarie	161
12.1	Liste d'attesa	161
12.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	163
12.2	Controllo cartelle cliniche	164
12.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	166
12.3	Sicurezza e rischio clinico	166
12.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	168
12.4	Atti aziendali e Piani attuativi territoriali	169
12.4.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	170
12.5	Attività libero professionale intramuraria (ALPI)	170
12.5.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	172
13	Mobilità Sanitaria	173
13.1	Governo della mobilità extraregionale	174
13.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	174
13.2	Accordi interregionali in materia di mobilità sanitaria	174
13.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	174
14	Contabilità analitica, PAC, trasferimenti e pagamenti	176
14.1	Contabilità analitica	176
14.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	177
14.2	Percorso attuativo della certificabilità (PAC)	178
14.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	179
14.3	Tempi di pagamento	179
14.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	180
14.4	Trasferimento ordinato delle risorse dal bilancio regionale al SSR	181
14.4.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	182
15	Tendenziali e Programmatici 2023-2025	184
15.1	Criteri per la determinazione dei Tendenziali 2023-2025	184

15.2	Manovre e Programmatici 2023-2025	189
15.3	Coperture debito pregresso	195

1 Premessa

1.1 Percorso metodologico e struttura del Piano

La Regione Molise intende, con la predisposizione del nuovo atto di programmazione sanitaria regionale, relativo al periodo 2023-2025, implementare il processo di riqualificazione del sistema di assistenza sanitaria, anche alla luce delle specifiche azioni da realizzare nel triennio, in attuazione della Missione 6, Componenti 1 e 2 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Al fine della realizzazione degli obiettivi della nuova programmazione regionale, in linea con quanto previsto nelle linee d'indirizzo Ministeriali, è opportuno individuare una metodologia utile a definire una progettualità funzionale alla tipologia dei bisogni di salute espressi dalla popolazione residente.

In tal senso, viene preso in esame, primariamente, l'assetto della sanità molisana, riguardante sia aspetti di carattere demografico, sociale, territoriale, giuridico sia la valutazione definita dall'insieme di parametri considerati nel monitoraggio dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nonché ulteriori indicatori correlati alla performance del sistema (PNE) e ancora quelli connessi alla normativa in vigore sul rischio clinico.

Si procede, altresì, ad introdurre, nell'attività valutativa delle azioni poste in essere dal PO 2019-2021, ulteriori e specifici parametri, che definiscono l'effettiva efficacia dei percorsi di cura introdotti nell'ambito dell'offerta assistenziale sul territorio regionale ed a rappresentare, nella cornice programmatoria 2023-2025, eventuali criticità riscontrate nell'attuazione degli interventi; criticità in parte connesse alla carenza di una effettiva programmazione organica nel triennio conseguente alla tardiva approvazione della Programmazione 2019-2021, avvenuta a settembre 2021.

L'attività di analisi viene effettuata anche sulla stima delle prestazioni storicamente erogate da parte delle strutture regionali, tenendo conto dell'offerta assistenziale come programmata nei Piani Operativi che si sono succeduti negli anni, e del ricorso alle prestazioni erogate ai cittadini molisani da parte di strutture sanitarie extraregionali.

Dall'analisi dell'attuale organizzazione dell'offerta sanitaria regionale, come precedentemente esposta, e dalla rappresentazione dei bisogni emergenti rispetto alle diverse fasce di utenza, valutati, in un approccio *bottom up*, anche acquisendo un contributo da parte degli *stakeholder*, derivano i principi della programmazione per il triennio 2023-2025.

Il *core* del Sistema Sanitario del Molise continua ad essere, anche a seguito dell'applicazione dei previgenti Programmi Operativi, l'implementazione di:

- Interventi specifici nell'area della prevenzione;
- Riorganizzazione della Rete ospedaliera;
- Riorganizzazione, qualificazione dell'offerta sanitaria territoriale e integrazione con le cure ospedaliere;
- Definizioni delle reti cliniche;
- Digitalizzazione ed innovazione nei processi di erogazione delle prestazioni sanitarie.

La riforma del Sistema Sanitario Regionale, attuata dalla Regione Molise attraverso un processo di revisione organizzativa e funzionale della rete d'offerta, ha mirato a far sì che i servizi offerti all'utenza siano uniformi e ad equa distribuzione su tutto il territorio regionale.

Inoltre, al fine di garantire prossimità delle cure, un intervento rilevante risulta essere lo sviluppo della Telemedicina, quale strumento fondamentale per ridurre gli attuali divari geografici e territoriali in termini sanitari grazie all'armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia; garantire una migliore "esperienza di cura" per gli assistiti; migliorare i livelli di efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto.

Inoltre, La Regione Molise, come per la pianificazione 2019-2021, ha riconosciuto l'importanza di accompagnare la funzione di progettazione e indirizzo complessivo del sistema con la regolamentazione dei rapporti con gli erogatori privati. La programmazione per il triennio 2023-2025 prevede, di conseguenza, la definizione del ruolo delle strutture private convenzionate nel contesto del Sistema Sanitario Regionale, in rapporto alle esigenze della popolazione molisana e rispetto al recupero della mobilità passiva.

L'adesione ai programmi di prevenzione da parte della popolazione molisana rappresenta il cardine della programmazione 2023-2025 insieme agli interventi mirati al coinvolgimento delle persone nella gestione della propria salute mediante la consapevolezza del valore delle azioni di prevenzione. L'azione proattiva in campo preventivo deve rendere il sistema sempre più in grado di intercettare il bisogno di salute dei cittadini per superare l'ottica basata esclusivamente sull'offerta di prestazioni sanitarie.

In coerenza con *“Le linee di indirizzo per la predisposizione dei Programmi operativi di prosecuzione del piano di rientro 2023-2025”*, trasmesse dal Ministero della Salute con Nota prot. n. 38 del 30/03/2022, nella formulazione del Programma Operativo della Regione Molise 2023-2025, ogni Area di intervento è corredata da:

- Obiettivi specifici;
- Azioni/interventi da porre in essere e le relative modalità di attuazione;
- Individuazione del responsabile del procedimento attuativo;
- Risultati specifici attesi (indicatori di performance) e i tempi di realizzazione previsti per ogni risultato;
- Classificazione e stima dell'impatto economico delle azioni da inserire nel Programma Operativo in:
 - Azione ad impatto economico - non servono risorse aggiuntive per l'esecuzione dell'azione;
 - Azione di contenimento dei costi o di incremento dei ricavi - l'azione porta a un risparmio sulle voci di costo o a un incremento dei ricavi aumentando il risultato di esercizio del Conto Economico. A tali azioni è necessario associare una stima dell'impatto economico nel tempo;
 - Azione di sviluppo - interventi che necessitano l'investimento di somme. A tali azioni è necessario associare una stima dell'impatto economico nel tempo.

Si precisa inoltre che il presente documento è stato redatto sulla base dell'esame di contesto riferito a luglio 2022.

1.2 Contesto di riferimento

La struttura demografica di una popolazione coincide con la sua composizione per sesso e per età ed è uno dei determinanti più noti dello stato di salute atteso in una popolazione. Molte patologie sono correlate all'età ed hanno una probabilità di insorgenza che cambia in modo significativo se la persona è giovane o anziana.

Descrivere la composizione per sesso e per età di una popolazione è in parte come prevederne l'immagine di salute, e di malattia, che la caratterizza. L'utilità di una simile descrizione è quindi tale sia per l'epidemiologia, cioè per lo studio della distribuzione delle malattie in una popolazione, che per la programmazione socio sanitaria, in quanto conoscere la percentuale di giovani e di anziani presenti sul territorio regionale consente di meglio organizzare la quantità, la tipologia e la localizzazione dei servizi sanitari e socio assistenziali sulla base dei diversi bisogni espressi.



Gli ambiti distrettuali della Azienda Sanitaria Regionale del Molise sono ridefiniti secondo l'aggregazione dei territori comunali con la relativa popolazione residente (dati ISTAT 01/01/2021).

Per l'individuazione effettuata delle nuove sedi distrettuali sono stati impiegati criteri congiunti del baricentro della popolazione, della preesistenza di adeguate strutture sanitarie pubbliche e della presenza di relazione cinematiche favorevoli.

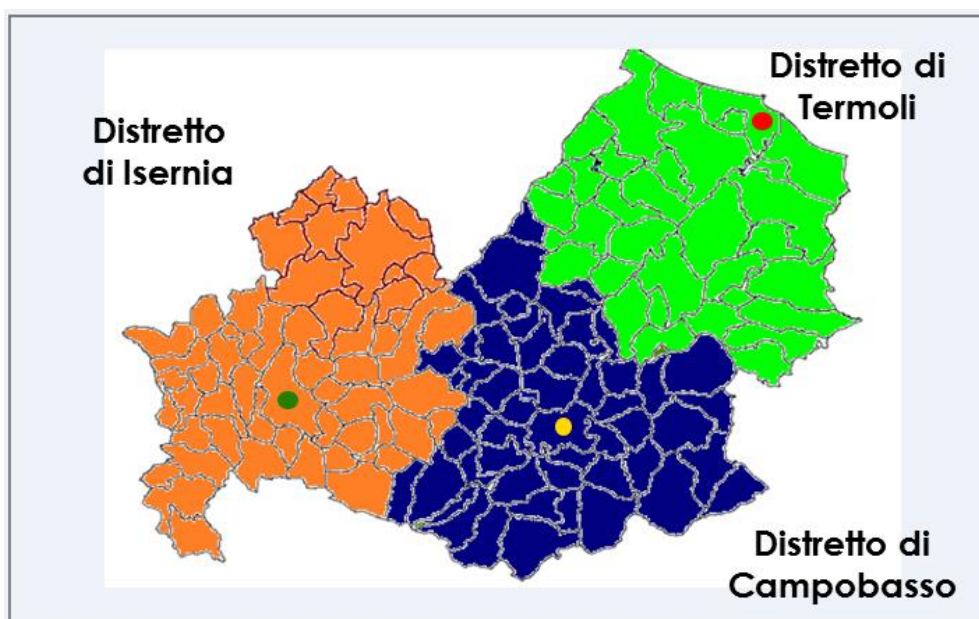


Figura 1 - Configurazione dei Distretti Socio Sanitari ASReM

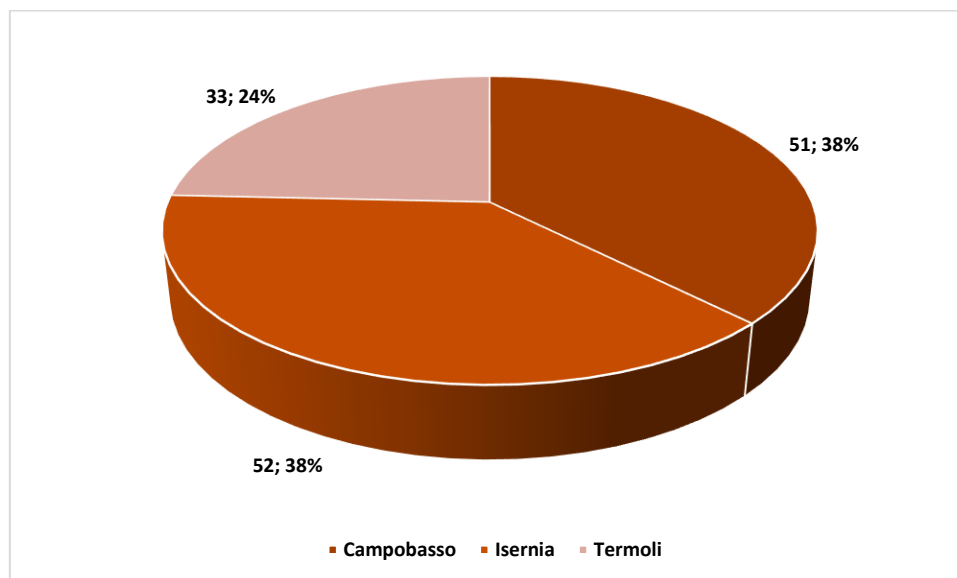


Figura 2 - Distribuzione Comuni per Distretto

1.2.1 Il contesto demografico

L'ASReM ha una popolazione (ISTAT 1/1/2021) di 294.294 abitanti, pari allo 0.5% della popolazione italiana suddivisa per l'assistenza sanitaria in 3 Distretti Sanitari, per complessivi 136 comuni.

Popolazione totale ASReM						
Distretti Sanitari	Maschi	Femmine	Totale	% della Regione	% Maschi	% Femmine
Campobasso	57.396	60.050	117.446	40%	20%	20%
Termoli	47.152	48.281	95.433	32%	16%	16%
Isernia	40.316	41.099	81.415	28%	14%	14%
Totale ASReM	144.864	149.430	294.294		49%	51%

Le Tabelle seguenti mostrano la distribuzione della popolazione per Distretto, sesso e fascia di età; la lieve prevalenza del sesso femminile (50,7%) è spiegabile dalla mortalità più elevata e più precoce negli uomini.

Popolazione totale ASReM per fasce di età							
Distretti Sanitari	0 – 14 anni		15 – 64 anni		65 + anni		Totale
	N.	%	N.	%	N.	%	N.
Campobasso	12.871	11%	74.061	63%	30.514	26%	117.446
Termoli	10.773	11%	60.421	63%	24.239	25%	95.433
Isernia	9.017	11%	51.031	63%	21.367	26%	81.415
Totale ASReM	32.661	11%	185.513	63%	76.120	26%	294.294

Popolazione maschile ASReM per fasce di età							
Distretti Sanitari	0 – 14 anni		15 – 64 anni		65 + anni		Totale
	N.	%	N.	%	N.	%	N.
Campobasso	6.649	12%	37.444	65%	13.303	23%	57.396
Termoli	5.623	12%	30.714	65%	10.815	23%	47.152
Isernia	4.667	12%	26.064	65%	9.585	24%	40.316
Totale ASReM	16.939	12%	94.222	65%	33.703	23%	144.864

Popolazione femminile ASReM per fasce di età							
Distretti Sanitari	0 – 14 anni		15 – 64 anni		65 + anni		Totale
	N.	%	N.	%	N.	%	N.
Campobasso	6.222	10%	36.617	61%	17.211	29%	60.050
Termoli	5.150	11%	29.707	62%	13.424	28%	48.281
Isernia	4.350	11%	24.967	61%	11.782	29%	41.099
Totale ASReM	15.722	11%	91.291	61%	42.417	28%	149.430

La popolazione molisana è stata interessata, negli ultimi decenni, da un costante e progressivo fenomeno di invecchiamento, che ha portato la regione ai primi posti a livello nazionale nell'ambito di una popolazione italiana globale caratterizzata già di per sé da una percentuale di "over 64" più alta di tutti gli altri paesi dell'Unione Europea.

I dati che descrivono la struttura per età della popolazione hanno forti analogie con il dato nazionale, seppure con una tendenza ad un maggiore invecchiamento. La maggiore incidenza percentuale di anziani over 64 aa del Molise, rispetto ai dati nazionali (28 vs 22.8), individua una particolare condizione della popolazione anziana molisana che tende verso una maggiore dipendenza dalla rete familiare allargata e sociale. Analizzando i dati separatamente per i tre ambiti, nel dato puntuale del 2021, i valori più alti si osservano nella zona di Isernia, mentre Termoli e Campobasso presentano valori più contenuti e sovrapponibili.

1.2.2 Gli indici demografici

La popolazione Molisana stia progressivamente invecchiando con conseguente aumento del carico sociale e sanitario connesso alla disabilità ed alla non autosufficienza.

Indice di dipendenza strutturale: rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni). In Molise nel 2021 ci sono 58,6 individui a carico per ogni 100 che lavorano.

Indice di dipendenza strutturale											
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Isernia	51,9	51,9	52,4	52,8	53,7	54,4	54,8	55,4	56,6	58,25	59,5
Campobasso	53	53,3	53,7	54,3	54,9	55	55,3	55,6	55,9	56,93	58,3
MOLISE	52,7	52,9	53,3	53,9	54,6	54,8	55,2	55,5	56,1	57,29	58,6
ITALIA	52,7	53,5	54,2	54,8	55,4	55,8	56,1	56,2	56,4	56,73	57,3

Indice di dipendenza anziani: (rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione in età attiva (15-64 aa), moltiplicato per 100) rappresenta il numero di individui non autonomi per ragioni demografiche (età ≤ 14 e età ≥ 65) ogni 100 individui potenzialmente indipendenti). In Molise, nel 2021, ci sono 41 anziani per ogni 100 individui residenti.

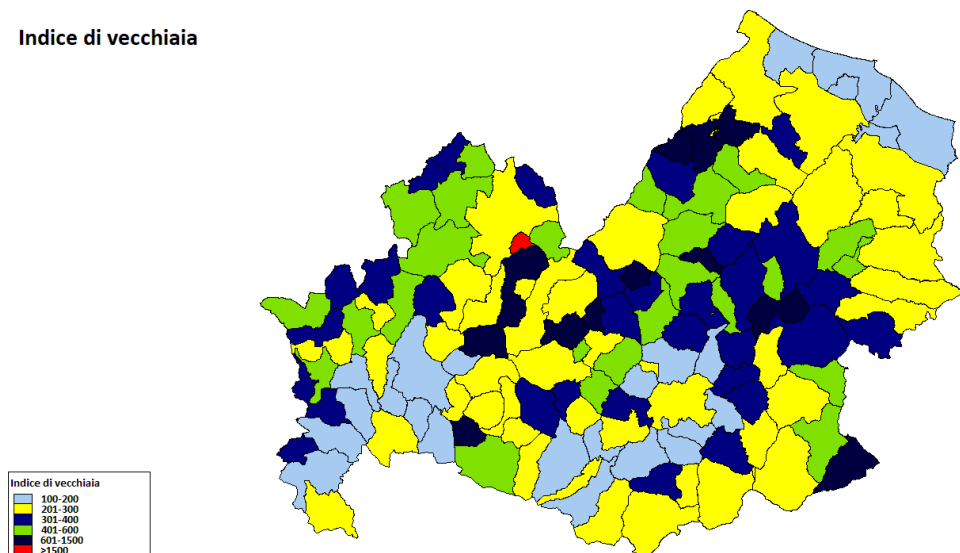
Indice di dipendenza anziani											
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Isernia	33,9	34,2	34,7	35,3	36,2	37	37,5	38,1	39,2	40,67	41,9
Campobasso	33,4	33,8	34,4	35,2	36,1	36,4	37	37,6	38,2	39,36	40,7
MOLISE	33,5	33,9	34,5	35,2	36,1	36,6	37,1	37,7	38,5	39,72	41,0
ITALIA	31,2	32	32,6	33,3	34	34,5	35	35,4	35,8	36,42	37,0

Indice di vecchiaia: è dato dal rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100, misura della velocità di ricambio generazionale di una popolazione, ha raggiunto, in Molise il valore di 226,

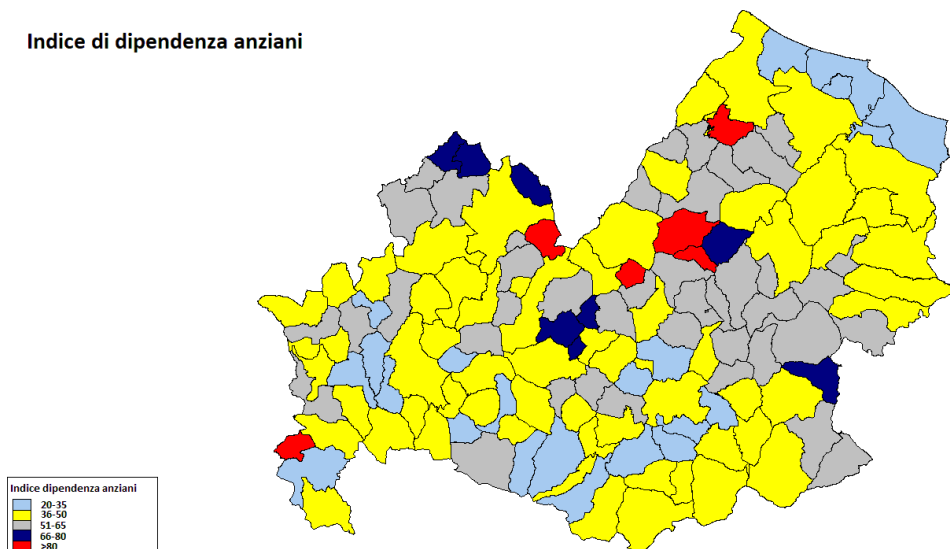
equivalente a più di 2 anziani ogni giovane under15. Il Molise è la 2° regione in Italia. Lo scarto tra il valore della nostra regione e la media italiana è di circa 50 punti.

Indice di dipendenza anziani											
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Isernia	188,7	192,6	196,7	202,6	207,7	212,9	216,6	220,7	225,5	231,27	237,0
Campobasso	170	173,5	178,1	183,6	191,1	196,4	202,1	208,2	215	224,07	231,6
MOLISE	174,9	178,5	183	188,6	195,5	200,8	206	211,6	217,9	226,05	233,1
ITALIA	145,2	148,4	151,1	154,6	158,3	162	165,9	169,5	174	179,35	182,6

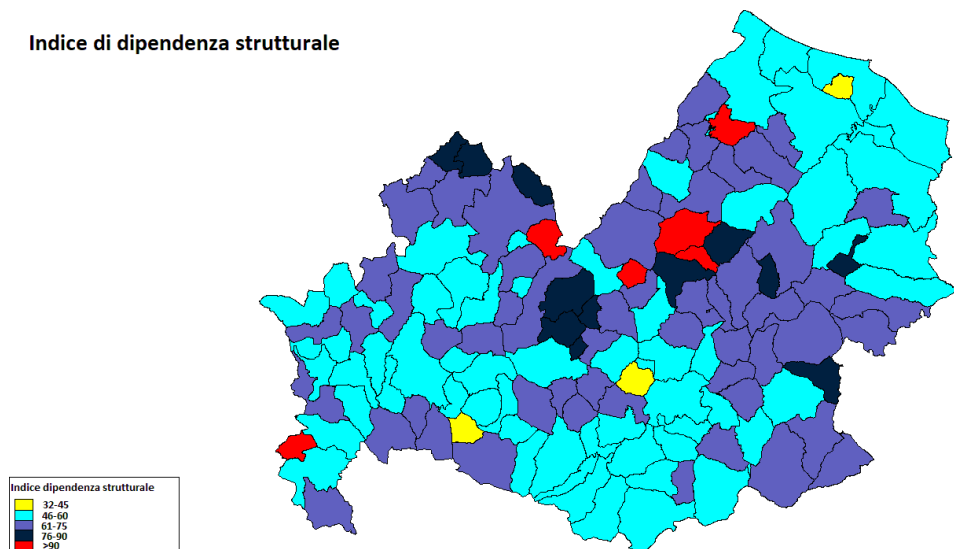
Indice di vecchiaia



Indice di dipendenza anziani



Indice di dipendenza strutturale



La maggiore incidenza percentuale di anziani (24.2 vs 22.6) e di persone anziane vedove del Molise, rispetto ai dati nazionali, individua una particolare condizione della popolazione anziana molisana che tende verso una maggiore dipendenza dalla rete familiare allargata e sociale.

2 Governance del PO

2.1 Governance del PO

Per raggiungere gli obiettivi del Programma Operativo 2023-2025 (di seguito PO) è necessario rafforzare le strutture di governo del SSR. In particolare, è importante che la Regione sia in grado di presidiare tutte le aree del PO e di controllare i risultati raggiunti dal SSR e da ASREM. Le azioni previste dal PO sono integrate tra loro e hanno l'obiettivo di migliorare l'utilizzo delle risorse del SSR, con una conseguente razionalizzazione della spesa ed efficientamento dei servizi erogati.

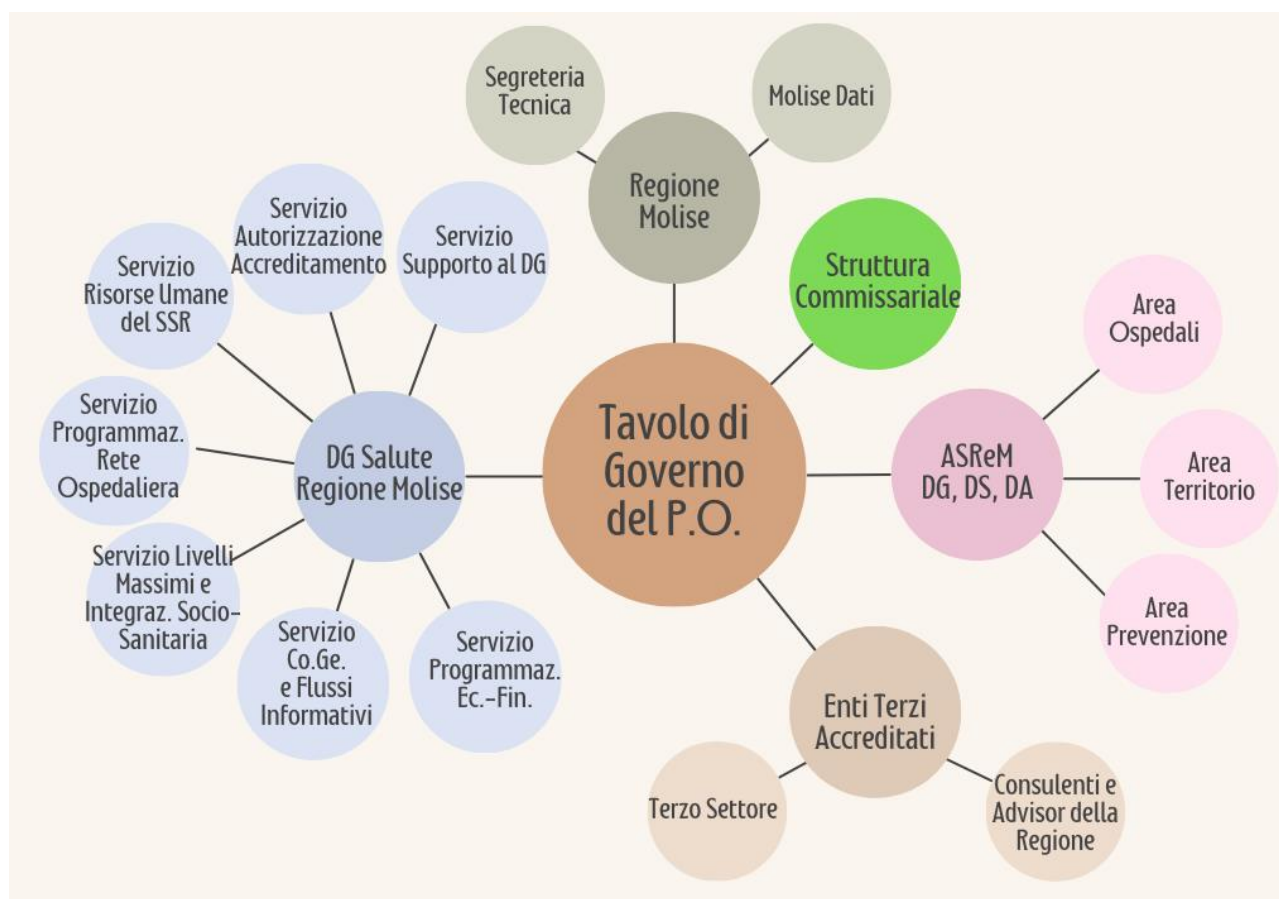
Gli interventi per il rafforzamento della Governance del PO sono i seguenti:

1. Individuazione di un Tavolo regionale che sovrintenda all'attuazione dell'intero PO;
2. Istituzione di un gruppo di lavoro per il monitoraggio del Programma Operativo

1. Attivazione di un Tavolo regionale che sovrintenda all'attuazione dell'intero Programma Operativo

A fronte dei rilievi svolti dai Ministeri affiancanti si ritiene di proporre un riallineamento della struttura di Governance del PO ai modelli operativi praticati in altre Regioni in Piano di Rientro.

Fermo restando la garanzia di una Segreteria di supporto alla struttura Commissariale, si propone un Tavolo di coordinamento delle Governance del PO in capo alla DG Salute della Regione Molise tra rappresentanti della Struttura Commissariale e ASREM come da proposta di infografica seguente:



La proposta suddetta si basa su criteri di coinvolgimento di tutti i manager regionali e di ASREM in base alle loro competenze, ruoli e operatività. Inoltre, questo modello di governance consente di coinvolgere tutti i soggetti presenti nelle filiere assistenziali sia in quanto partner della Regione e di ASREM, ma anche in quanto partner operativi delle Reti Cliniche e delle Reti Assistenziali, previste a seguire nel presente documento.

Il Tavolo per il "Governo del PO", come sopra definito, si riunisce con cadenza semestrale, per valutare le azioni poste in essere per il raggiungimento degli obiettivi, ed è coordinato dal Commissario ad Acta, supportato dal sub Commissario ad Acta e dal Direttore della Direzione Generale Salute della Regione Molise.

Nello specifico, il Tavolo per il "Governo del PO" svolgerà i seguenti compiti:

- collabora alle iniziative concernenti i rapporti tra gli organi di governo regionali e gli organi istituzionali, dello Stato e delle altre Regioni;
- supporta la Struttura Commissariale nelle sue esigenze conoscitive e di indirizzo,
- supporta la Struttura Commissariale nella pianificazione di interventi atti ad assicurare a livello operativo il controllo di particolari aspetti di interesse per la Regione per cui, indipendentemente dai dati disponibili, si riterrà necessario procedere con delle ispezioni;

2. Istituzione di un gruppo di lavoro per il monitoraggio del Programma Operativo

Al fine di consentire una verifica periodica anche di quanto definito dal Tavolo Regionale, è istituito un gruppo di lavoro tecnico tra la Struttura Commissariale, la Direzione Generale per la Salute e l'ASReM per monitorare ed eventualmente porre in essere azioni correttive in caso di scostamenti tra quanto pianificato nel PO e quanto effettivamente attuato. Nello specifico il gruppo si riunisce trimestralmente e:

- assicura il supporto tecnico all'attività di indirizzo amministrativo e di controllo circa i risultati delle azioni poste in essere per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Programma Operativo;
- si interfaccia con i responsabili identificati negli interventi previsti dal presente Programma Operativo per assicurare la trasmissione delle informazioni, della documentazione e della modulistica atta a certificare l'adempimento delle azioni previste, garantendo il rispetto delle tempistiche stabilite;
- supporta la pianificazione degli interventi e delle manovre correttive da attivare a fronte del rilevamento di mancati adempimenti o disallineamenti rispetto agli obiettivi prestabiliti.
- conduce le attività di verifica trimestrale sull'operato di ASREM e della Direzione Generale della Salute, con riferimento all'attuazione degli interventi previsti dal PO, o eventuali manovre correttive di cui al punto precedente.

Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 2.1.1 Garanzia della puntualità, della completezza e della coerenza degli interventi e delle azioni previste dal Programma Operativo 2023-2025

Azione 2.1.1 Istituzione di un Tavolo regionale che sovrintenda all'attuazione dell'intero Programma Operativo

Indicatore 2.1.1 Decreto del Commissario ad Acta

Azione 2.1.2 Istituzione di un gruppo di lavoro per il monitoraggio del Programma Operativo

Indicatore 2.1.2 Decreto del Commissario ad Acta

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
2.1.1 Garanzia della puntualità, della completezza e della coerenza degli interventi e delle azioni previste dal PO 2023-2025	2.1.1 Istituzione di un Tavolo regionale che sovrintenda all'attuazione dell'intero Programma Operativo	30/06/2024	Decreto del Commissario ad Acta	Riunioni semestrali		
	2.1.2 Istituzione di un gruppo di lavoro per il monitoraggio del Programma Operativo	30/06/2024	Decreto del Commissario ad Acta	Riunioni trimestrali		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						

3 Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

Con riferimento all'area della Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, dall'analisi di contesto della Regione Molise si evidenzia il peso epidemiologico, sociale ed economico delle malattie croniche, destinato ad aggravarsi in ragione dell'innalzamento dell'età media della popolazione molisana che, secondo i dati ISTAT relativi al 2020 ha raggiunto il valore di 47,2 anni (contro una media nazionale di 45,7), rendendo il Molise tra le regioni più anziane d'Italia.

Grazie ai dati PASSI e PASSI d'Argento è possibile, a livello regionale mettere a fuoco alcune delle informazioni relative alla prevalenza delle principali patologie croniche (riferite come diagnosi mediche ricevute) ed alla presenza di policronicità, cogliendo differenze di genere, età, caratteristiche socioeconomiche e indicatori utili a definire il profilo di salute della popolazione dai 18 anni in su. Allo stesso modo è possibile stimare la prevalenza dei fattori di rischio comportamentali ad esse associati come fumo, alcol, sovrappeso e obesità, sedentarietà o condizioni cliniche quali ipertensione.

I dati epidemiologici mostrano una regione longeva ma con una quota rilevante di anziani con patologie croniche e policronicità che accresce la loro vulnerabilità a eventi avversi alla salute. Su una popolazione residente in Molise di 262.976 persone con più di 18 anni di età, si può stimare che oltre 26.000 persone convivano con una patologia cronica. Le differenze di genere vedono le donne meno esposte degli uomini ai danni di fumo e alcol e anche ad obesità.

La diffusione dell'epidemia da SARS-Cov-2 ha determinato conseguenze sfavorevoli soprattutto a carico dei soggetti clinicamente più suscettibili e socialmente più vulnerabili (anziani, malati cronici, persone distanti dai luoghi di cura ecc.), con numerosi fattori di stress che hanno potenziato le condizioni di fragilità. Sostanziali differenze si evidenziano nell'insorgenza, nelle manifestazioni cliniche e negli esiti, in funzione dell'età, del genere (uomini, donne) e della presenza di patologie croniche pregresse fra i soggetti che contraggono l'infezione da SARS-CoV-2.

Si evidenzia inoltre una riduzione della mortalità, spiegata in larga misura dalla riduzione della mortalità per malattie dell'apparato circolatorio (un fenomeno che prosegue ormai da decenni); in Molise, tra il 2009 e il 2018, per le malattie circolatorie il tasso standardizzato di mortalità si è ridotto di circa il 16% sia tra gli uomini sia tra le donne.

Il secondo grande gruppo di cause, che costituiscono meno di un terzo dei decessi, sono i tumori.

Nel periodo 2009-2018 il tasso standardizzato di mortalità per tumori (per 10.000 abitanti) si è ridotto del 6%, inferiore al dato nazionale (12%) (banca dati.istat.it).

Anche la mortalità per malattie polmonari croniche (terza causa di morte dopo patologie dell'apparato circolatorio e tumori) si è progressivamente ridotta negli ultimi 30 anni, pur con alcune oscillazioni. Nella seconda metà degli anni '10, tuttavia, si osserva una risalita dei tassi, che coinvolge tutte le regioni italiane. Nel Molise il tasso standardizzato di mortalità (per 10.000 abitanti) è salito da 5.7 (2009) a 5.92 (2018), meno rispetto alla media nazionale (6.6 del 2018).

Nel caso della mortalità generale si osservano differenze sociali a sfavore dei gruppi più svantaggiati.

In Molise, il rischio di morte nella fascia di età 30-89 anni è del 46% superiore tra gli uomini con basso titolo di studio, rispetto a quanti hanno una licenza superiore o laurea; tra le donne l'incremento di rischio tra persone con basso verso alto titolo di studio è del 28%. In entrambi i sessi, si tratta di un gradiente sociale sovrapponibile a quello medio italiano. Non tutte le cause di morte presentano la stessa intensità nel gradiente sociale. Nel Molise, tra le più comuni patologie croniche le differenze maggiori si osservano nel caso della BPCO, per la quale il rischio di morte degli uomini con bassa scolarità è tripla rispetto a quello delle persone con alta scolarità, che riflettono differenze nell'abitudine al fumo e a esposizioni professionali. Nel caso delle malattie del sistema circolatorio il rischio di morte degli uomini con bassa scolarità è del 50% superiore rispetto a quello delle persone con alta scolarità in particolare per le malattie ischemiche del cuore e le cerebrovascolari.

Per quanto riguarda il diabete il rischio di mortalità è del 82% superiore tra gli uomini con un basso livello d'istruzione. Le mappe di mortalità per livello d'istruzione nel genere femminile dicono che in Molise il rischio maggiore si ha nel caso delle malattie cerebrovascolari (60%), malattie dell'apparato respiratorio croniche (47%) e le differenze nelle donne, tra le quali le esposizioni professionali a rischio sono molto meno frequenti. Nelle donne è la mortalità per diabete a evidenziare le differenze maggiori (+87% tra i due estremi), chiamando in causa le differenze sociali nel sovrappeso (e obesità) e sedentarietà. Considerando gli anni di vita persi, un indicatore che tiene conto della mortalità prematura, le differenze sociali si accrescono: gli uomini molisani con basso titolo di studio hanno un tasso di anni di vita persi superiore del 82% a quanti hanno un titolo di studio elevato; nelle donne, invece, la differenza è del 40%.

In sintesi, il quadro regionale molisano conferma che il complesso delle malattie cronico-degenerative non trasmissibili, di cui fanno parte le malattie cardiovascolari, i tumori, le patologie respiratorie croniche e il diabete, rappresenta il principale problema di sanità pubblica: tali malattie costituiscono indiscutibilmente la principale causa di morbosità, invalidità e mortalità avendo il maggior impatto in termini di costi umani, sociali ed economici.

Tuttavia, per queste patologie esiste un'altissima potenzialità di prevenzione soprattutto se si esplicano tutte le possibilità connesse alla prevenzione primaria facendo leva sugli stili di vita (alimentazione, attività fisica, fumo) e quelle connesse alla prevenzione secondaria utilizzando al meglio la potente arma degli screening.

Al rilevante peso epidemiologico che riveste tale gruppo di malattie si deve aggiungere l'impatto che avrà nei prossimi anni, nel nostro paese ed in particolare nella nostra regione, l'innalzamento dell'età media della popolazione con importante ricaduta in termini di numero di diagnosi, anche a parità di incidenza considerato che circa il 50% dei tumori viene diagnostico in età superiore ai 70 anni (AIRTUM-AIOM I numeri del cancro in Italia 2020).

In relazione al Programma operativo 2019-2021, la Regione ha completato le attività previste nell'ambito dell'area "Promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio", e con DCA n.119/2021, ai sensi dell'articolo 1 comma 6 dell'Intesa 6 agosto 2020 Rep. Atti n. 127/CSR come sostituito dall'art. 2 dell'Intesa 5 maggio 2021 Rep. Atti n. 51/CSR, ha adottato il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) della Regione Molise 2020-2025.

In merito alle risultanze connesse alle verifiche sugli Adempimenti Lea 2019, si rileva come la Regione sia adempiente rispetto ai punti AAJ-Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria e AAZ- Sistemi anagrafe nazionale vaccini.

3.1 Piano della Prevenzione

L'Intesa Stato – Regioni del 6 agosto 2020 (Rep. Atti n. 127/CSR) concernente il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025:

- si articola nei seguenti sei Macro Obiettivi: 1) Malattie croniche non trasmissibili; 2) Dipendenze e problemi correlati; 3) Incidenti stradali e domestici; 4) Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali; 5) Ambiente, clima e salute; 6) Malattie infettive prioritarie;
- ritiene necessario consolidare il contrasto alle malattie croniche secondo un approccio integrato tra prevenzione e assistenza sul territorio, attraverso un raccordo operativo tra Piano Nazionale della Prevenzione e Piano Nazionale della Cronicità, coinvolgendo tutte le aree di competenza del Servizio Sanitario, al fine di assicurare appropriatezza, uniformità ed equità di accesso ai cittadini;
- ritiene necessario rafforzare le azioni di promozione della salute e prevenzione secondo la visione "One Health" che considera la salute come il risultato dello sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente;
- indica la riduzione delle principali disuguaglianze sociali e geografiche come priorità trasversale a tutti gli Obiettivi del Piano cui consegue la necessità di avvalersi di dati scientifici, metodi e strumenti idonei a garantire l'equità nell'azione atteso che lo svantaggio sociale rappresenta un inconfutabile fattore di rischio per la salute e la qualità della vita;
- promuove intersectorialità quale elemento cardine della pianificazione e dell'azione.

La Regione Molise ha recepito l'Intesa 6 agosto 2020 con DCA n. 92 del 17 dicembre 2020 ed ha avviato le attività di pianificazione regionale per la prevenzione 2020-2025 in armonia con la visione, i principi, le priorità e la struttura del Piano Nazionale della Prevenzione.

In esito alla prevista e favorevole interlocuzione con il Ministero della Salute, come sopra richiamato, con DCA n. 119 del 30 dicembre 2021 è stato adottato, ai sensi dell'articolo 1 comma 6 dell'Intesa 6 agosto 2020 Rep. Atti n. 127/CSR come sostituito dall'art. 2 dell'Intesa 5 maggio 2021 Rep. Atti n. 51/CSR, il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) della Regione Molise 2020-2025.

A partire dalla attuale programmazione 2020-2025 il Ministero della Salute, di concerto con le Regioni e le Province autonome, ha reso disponibile la piattaforma *web based* «I Piani regionali di Prevenzione (PF)» quale strumento esclusivo e vincolante per la pianificazione, il monitoraggio e la valutazione dei Piani regionali di Prevenzione (PRP).

Il sistema di monitoraggio dei PRP è legato alla definizione dei Programmi che compongono il PRP; i PRP sono organizzati in "Programmi": il programma è l'unità elementare di pianificazione nonché l'oggetto del monitoraggio dei PRP.

I Programmi sono definiti secondo la specificità e l'analisi del contesto regionale documentata nel «profilo di salute».

I Programmi del PRP devono rispondere alle linee strategiche del PNP; devono coprire tutti i Macro obiettivi e tutti gli Obiettivi strategici del PNP; inoltre, ciascun programma deve essere il più possibile trasversale a più Macro obiettivi e a più Obiettivi strategici del PNP.

Alcuni Programmi sono "predefiniti" ("Programmi predefiniti" - PP) ossia hanno caratteristiche uguali per tutte le Regioni, sono vincolanti e vengono monitorati attraverso indicatori e relativi valori attesi uguali per tutte le Regioni; ai Programmi predefiniti (PP) si affiancano i "Programmi Liberi" (PL) i quali sviluppano gli Obiettivi strategici non coperti ovvero solo in parte coperti dai PP.

La pianificazione 2020-2025 della Regione Molise è organizzata nei seguenti PP e PL:

- PP01 Scuole che promuovono salute
- PP02 Comunità attive
- PP03 Luoghi di lavoro che promuovono salute
- PP04 Dipendenze
- PP05 Sicurezza negli Ambienti di Vita
- PP06 Piano mirato di Prevenzione
- PP07 Prevenzione in Edilizia e Agricoltura
- PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro
- PP09 Ambiente, clima e salute
- PP10 Misure per il contrasto dell'antimicrobico-resistenza
- PL11 Screening oncologici
- PL12 Primi 1000 giorni
- PL13 Alimentare la Salute
- PL14 Integrazione Calendario per la vita

Ciascun programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo dell'*health equity audit* (HEA) proposto dal PNP, che si articola nelle fasi dell'elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

Nel garantire il perseguimento degli obiettivi programmati è stato istituito un Nucleo di Coordinamento con funzioni di organizzazione, monitoraggio e controllo interno. Mediante l'introduzione del citato Nucleo, inoltre, si intende promuovere un confronto strutturato a livello regionale e territoriale con tutti gli stakeholders coinvolti che permetta di superare ritardi e difficoltà riscontrati nella fase attuativa del piano.

3.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Lo stato di attuazione ed avanzamento dei programmi predefiniti e liberi ricompresi nel piano regionale approvato con il DCA n. 119 del 30 dicembre 2021 è oggetto di monitoraggio: la Regione Molise provvederà, in armonia con i criteri stabiliti dal PNP 2020-2025, a verificare, misurare e documentare annualmente nella piattaforma web ministeriale (PF) il livello di raggiungimento dei valori attesi espressi dagli indicatori di monitoraggio degli obiettivi relativi alle azioni trasversali del PNP e degli obiettivi specifici del programma.

Obiettivo 3.1.1 Implementazione e monitoraggio dei programmi previsti nel Piano Regionale della Prevenzione

Azione 3.1.1.1 Monitoraggio degli indicatori sentinella per tutti i programmi definiti per le annualità di riferimento

Indicatore 3.1.1.1 Relazione tecnica

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
3.1.1 Implementazione e monitoraggio dei programmi previsti nel Piano Regionale della Prevenzione	3.1.1.1 Monitoraggio degli indicatori sentinella per tutti i programmi definiti per le annualità di riferimento	30/06/2024	Relazione tecnica	Scostamento tra “valore osservato” e “valore atteso” per n. indicatori sentinella ≤20%/n. indicatori sentinella ≥70%	Nd	
		31/03/2025	Relazione tecnica	Scostamento tra “valore osservato” e “valore atteso” per n. indicatori sentinella ≤20%/n. indicatori sentinella ≥80%	Nd	
		31/12/2025	Relazione tecnica	Scostamento tra “valore osservato” e “valore atteso” per n. indicatori sentinella ≤20%/n. indicatori sentinella ≥90%	Nd	
Responsabile del procedimento attuativo						
Dirigente Responsabile del Servizio Prevenzione – Veterinaria e Sicurezza Alimentare delle Direzione Generale per la Salute DG ASReM Dipartimento di Prevenzione ASReM						

3.2 Programmi organizzati di screening

Nella regione Molise è attivo un programma unico di screening oncologico per le tre patologie per le quali vi sono evidenze scientifiche di efficacia in termini di riduzione della mortalità causa-specifica. Dal 2003 sono attivi i programmi per il carcinoma della mammella e della cervice uterina, dal 2007 è attivo anche lo screening per la neoplasia del colon-retto.

La percentuale di adesione agli screening cervicale e colon-rettale presenta, secondo i dati della sperimentazione NSG, solo per il 2018 valori al di sopra della soglia di sufficienza. Lo screening mammografico presenta, per le tre annualità oggetto della sperimentazione, un valore al di sotto della soglia di sufficienza.

In particolare, dal Rapporto "Ripartenza screening" dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), risulta:

Tipologia Screening	Setting assistenziale	Differenziale Regionale 2020-2019	Percentuale Differenziale 2020-2019	Percentuale Differenziale Nazionale 2020-2019	Delta regionale/Italia
Cervicale	Donne invitate/contattate(fascia 26-64 anni)	-2.557	-36,20%	-33,00%	3,20%
	Test eseguiti	-886	-27,80%	-43,40%	-15,60%
	Differenza in mesi standard di ritardo*	-3,3	-	-5,2	-1,9
Mammografo	Donne invitate/contattate(fascia 50-69 anni)	-1.665	-21,80%	-26,60%	-4,80%
	Test eseguiti	-2.872	-41,10%	-37,60%	3,50%
	Differenza in mesi standard di ritardo*	-4,9	-	-4,5	0,4
Colon-rettale	Utenti invitati/contattati(fascia 50-70 anni)	-18.769	-60,60%	-31,80%	28,80%
	Test eseguiti	-5.136	-59,70%	-45,50%	14,20%
	Differenza in mesi standard di ritardo*	-7,2	-	-5,5	1,7

*mesi necessari per recuperare il ritardo, rispetto alle persone esaminate, con le performance del 2019
Fonte: Rapporto Ripartenza screening ONS

Dal confronto dei dati riferiti al periodo gennaio - dicembre 2020 verso il medesimo periodo del 2019 emerge, a livello nazionale, un notevole calo dell'attività degli screening, riduzione ancor più marcata nella Regione Molise dove:

- Per lo screening cervicale si rileva un differenziale maggiore di donne invitate/contattate rispetto alla media rilevata a livello nazionale, ed un differenziale inferiore relativo ai test eseguiti;
- Per lo screening mammografico si rileva un differenziale inferiore di donne invitate/contattate rispetto alla media rilevata a livello nazionale, ed un differenziale maggiore relativo ai test eseguiti.
- Per lo screening colon-rettale si rileva un differenziale maggiore sia di utenti invitati/contattati sia di test eseguiti, rispetto alla media rilevata a livello nazionale.

Dall'analisi del contesto regionale emerge una scarsa adesione ai programmi organizzati di screening, criticità in parte conseguenza dell'effetto pandemico, in parte connessa a problematiche di tipo strutturale riconducibile ad una non corretta organizzazione sistemica dei predetti programmi e ad una non efficiente campagna di sensibilizzazione della popolazione target.

Nel corso del 2021, ed in particolar modo nel secondo semestre, si è intervenuti mediante azioni volte ad incrementare il numero di inviti trasmessi per il I livello di screening oncologici, riconducendo il valore delle prestazioni erogate, in termini di volume di inviti e di popolazione target sottoposta a screening, a livelli superiori al 2020.

Tale intervento ha permesso un costante incremento delle adesioni, come evidenziato nell'ultimo monitoraggio per ciascun programma di screening relativo al primo semestre del 2023.

È in fase di predisposizione il report di monitoraggio relativo all'intero anno 2023. In particolare, si rappresenta che al 30 novembre 2023 sono stati effettuati:

- 4475 test di screening di 1° livello per la diagnosi precoce del cancro della cervice uterina (paptest ed hpvtest);
- 6864 test di screening di 1° livello per la diagnosi precoce del cancro della mammella (mammografie);
- 6491 test di screening di 1° livello per la diagnosi precoce del cancro del colon-retto (ricerca sangue occulto fecale).

Inoltre, è in corso di redazione un report con il dettaglio del recupero delle prestazioni degli screening non effettuati durante il periodo pandemico

3.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 3.2.1 Miglioramento delle prestazioni di screening oncologici

Azione 3.2.2.1 Monitoraggio trimestrale del numero degli inviti trasmessi e delle prestazioni effettuate per ciascun programma di screening

Indicatore 3.2.2.1 Report trimestrale

Azione 3.2.2.2 Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2024

Indicatore 3.2.2.1 Relazione

Obiettivo 3.2.2 Coinvolgimento dei MMG nel processo di arruolamento

Azione 3.2.2.1 Emanazione linee guida

Indicatore 3.2.2.1 Provvedimento ASReM/Regione

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
3.2.1 Miglioramento delle prestazioni di screening oncologici	3.2.2.1 Monitoraggio trimestrale del numero degli inviti trasmessi e delle prestazioni effettuate per ciascun programma di screening	30/06/2024	Report trimestrale	Si/no		
	3.2.2.2 Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2024	31/12/2024 31/12/2025	Relazione	Si/no		
3.2.2 Coinvolgimento dei MMG nel processo di arruolamento	3.2.2.1 Emanazione linee guida	31/12/2024	Provvedimento ASReM/Regione	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Dirigente Responsabile del Servizio Prevenzione – Veterinaria e Sicurezza Alimentare delle Direzione Generale per la Salute Referente regionale degli screening DG ASReM Dipartimento di Prevenzione ASReM						

3.3 Coperture vaccinali

In materia di prevenzione collettiva e sanità pubblica le vaccinazioni rappresentano uno degli strumenti più efficaci e sicuri per prevenire e contenere il diffondersi delle malattie infettive. Difatti, la pratica vaccinale comporta un duplice effetto a beneficio della collettività agendo sia direttamente sui soggetti vaccinati, sia indirettamente sull'intera popolazione.

Nella regione Molise la gestione e l'organizzazione delle vaccinazioni è affidata al dipartimento unico di Prevenzione - UOC di Igiene e Sanità Pubblica dell'ASReM che, date le caratteristiche morfologiche regionali, eroga le proprie prestazioni mediante una fitta rete di centri vaccinali, articolata nei tre distretti di Campobasso, Isernia e Termoli. Tale modello organizzativo permette di garantire l'uniformità dell'accesso al servizio sull'intero territorio, coprendo anche le aree più svantaggiate.

Con riferimento ai dati registrati negli ultimi anni per le coperture vaccinali in età pediatrica, la regione Molise presenta un andamento in linea con i valori target di riferimento.

Di seguito i dati sulle coperture vaccinali anni 2020/2021/2022:

Prevenzione e promozione alla salute - Coperture Vaccinali - Fonte NSG, agg.to 13/07/2023

Vaccinazioni in età pediatrica e antinfluenzale anziano		2020	2021	2022	Valori di riferimento	Fonte
		%	%	%		
Vaccinazioni in età pediatrica - coperture a 24 mesi (per 100 abitanti)	Polio (a)	98,5%	95,1%	95,5%	Sufficienza: ≥ 92% Eccellenza: ≥ 95%	NSG (P01C)
	Difterite (a)	98,5%	95,1%	95,5%		
	Tetano (a)	98,5%	95,1%	95,5%		
	Pertosse (a)	98,5%	95,1%	95,5%		
	Epatite B (a)	98,5%	95,1%	95,5%		NSG (P02C)
	Hib (b)	98,5%	95,1%	96,0%		
	Morbillo (c)	94,3%	94,0%	94,0%		
	Parotite (c)	94,3%	94,0%	94,0%		
Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano		62,3%	50,7%		Sufficienza: ≥ 75%	NSG (P06C)

(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3dosi

(b) Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età

(c) 1a dose entro 24 mesi

* i dati sono autocertificati dalle Regioni. A partire dall'anno 2022 gli indicatori inseriti in NSG saranno calcolati attraverso AVN.

Tabella Coperture vaccinali-Fonte NSG, agg.to 13/07/2023

I dati 2023, ancora in via di elaborazione, dovrebbero confermare tale andamento.

3.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Con riferimento alle vaccinazioni antinfluenzali-anziano, la Regione intende attuare azioni di potenziamento delle coperture vaccinali al fine di garantire il raggiungimento della soglia di sufficienza (75%). Nel perseguimento di tale obiettivo sarà pertanto previsto il coinvolgimento dei farmacisti vaccinatori, in attuazione dell'accordo nazionale con i farmacisti convenzionati.

Inoltre, si intende pianificare delle campagne di comunicazione finalizzate a promuovere la corretta informazione sui vaccini e sul loro ruolo nella prevenzione di malattie infettive prevedibili, al fine di garantire una maggiore adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie).

In ultimo, al fine di potenziare programmi di prevenzione e sorveglianza sulle patologie infettive sarà ricostituito il Gruppo Tecnico Regionale per le vaccinazioni che garantirà il supporto tecnico/scientifico per la programmazione regionale.

Obiettivo 3.3.1 Potenziamento della copertura vaccinale per le vaccinazioni antinfluenzali-anziano

Azione 3.3.1.1 Estensione dell'offerta per le vaccinazioni antinfluenzali-anziano mediante il coinvolgimento dei farmacisti vaccinatori, in attuazione dell'accordo nazionale con i farmacisti convenzionati

Indicatore 3.3.1.1 Provvedimento regionale/DCA

Obiettivo 3.3.2 Aumentare l'adesione ai programmi di vaccinazione organizzati

Azione 3.3.2.1 Pianificazione di campagne di comunicazione finalizzate a promuovere la corretta informazione sui vaccini e sul loro ruolo nella prevenzione di malattie infettive prevedibili rivolte alla popolazione generale ed a specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie).

Indicatore 3.3.2.1 Provvedimento ASReM

Obiettivo 3.3.3 Potenziare programmi di prevenzione e sorveglianza delle malattie infettive

Azione 3.3.3.1 Ricostituzione del Gruppo Tecnico Regionale per le vaccinazioni

Indicatore 3.3.3.1 Provvedimento regionale/DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
3.3.1 Potenziamento della copertura vaccinale per le vaccinazioni antinfluenzali-anziano	3.3.1.1 Estensione dell'offerta per le vaccinazioni antinfluenzali-anziano mediante il coinvolgimento dei farmacisti vaccinatori, in attuazione dell'accordo nazionale con i farmacisti convenzionati	30/09/2024	Provvedimento regionale/DCA	Si/no		
3.3.2 Aumentare l'adesione ai programmi di vaccinazione organizzati	3.3.2.1 Pianificazione di campagne di comunicazione finalizzate a promuovere la corretta informazione sui vaccini e sul loro ruolo nella prevenzione di malattie infettive prevedibili rivolte alla popolazione generale ed a specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie).	31/12/2024	Provvedimento ASReM	Si/no		
3.3.3 Potenziare programmi di prevenzione e sorveglianza delle malattie infettive	3.3.3.1 Ricostituzione del Gruppo Tecnico Regionale per le vaccinazioni	30/06/2024	Provvedimento regionale/DCA			
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute Dirigente Responsabile del Servizio Prevenzione – Veterinaria e Sicurezza Alimentare della Direzione Generale per la Salute DG ASReM Dipartimento di Prevenzione ASReM						

3.4 Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro

In Italia, il settore a maggior rischio in termini di sicurezza sul lavoro è quello agricolo, il quale detiene, ancor oggi, il triste primato degli infortuni, spesso mortali, durante lo svolgimento dell'attività lavorativa. L'agricoltura supera, quanto ad incidenti, anche il settore edile e quello della cantieristica, tradizionalmente caratterizzati da una percentuale di sinistri elevata.

Gli spazi agricoli sono teatro del 39% degli incidenti mortali e sono al primo posto per numero di infortuni e di morti nelle statistiche dell'Inail e degli Spsal regionali.

I fattori di infortunio in agricoltura possono essere così riassunti:

- obsolescenza dei macchinari, specie nelle piccole aziende che non rispettano i requisiti essenziali di sicurezza;
- età media elevata degli agricoltori;
- irregolarità: dal rapporto dell'Ispettorato Nazionale del Lavoro emerge una preoccupante presenza di lavoratori "in nero" o del "caporalato" diffuso in determinate regioni.

La prima causa di morte è il ribaltamento del trattore (una media di 100 decessi l'anno), seguita dallo schiacciamento o incastro del guidatore all'interno di macchine agricole o per il movimento terra. La seconda causa è la caduta accidentale dei tronchi. Pratiche irregolari lungo la filiera produttiva possono favorire reati come il caporalato e il lavoro nero, causa

di insicurezza e di rischi per quanto concerne le condizioni di lavoro. Come evidenziato sopra, un'ulteriore causa di incidenti è spesso legata all'anzianità anagrafica di molti agricoltori e braccianti, specie nelle piccole aziende a conduzione familiare, che favorisce disattenzione nella gestione di macchine pesanti o il mancato impiego di tecnologie più all'avanguardia.

In merito al settore delle Costruzioni, nel quinquennio 2015-2019, in Italia è stata registrata una riduzione delle denunce di infortunio dell'8,7%, che sale al 17% prendendo in considerazione solo i casi accertati positivamente dall'Inail, passati dai 35.083 del 2015 ai 29.104 del 2019. La crisi del settore, già in sofferenza prima dello scoppio dell'epidemia, e l'adozione di migliori e più efficaci interventi di prevenzione nei cantieri hanno probabilmente inciso sulla riduzione del fenomeno infortunistico.

A livello regionale, i dati di alcune statistiche riferite al biennio 2017-2018 collocano le due province molisane, Isernia e Campobasso, rispettivamente al secondo ed al terzo posto, dopo Crotone, per numero di infortuni sul lavoro. Conformemente a quanto rilevato in ambito nazionale, il settore agricolo risulta quello in cui si verifica la più alta incidenza di incidenti gravi e/o mortali, rendendo oltremodo necessaria ed urgente un'opera di sensibilizzazione degli operatori e degli addetti ai lavori, per cercare di limitare questo triste primato con il costo sociale che ne consegue a carico di tutta la collettività. Si rende necessario il coinvolgimento degli enti che, a vario titolo, gravitano ed operano in agricoltura affinché si attivino per mettere in campo un processo virtuoso in grado di porre un freno a questo gravissimo problema che, nella regione Molise, ha raggiunto livelli decisamente preoccupanti, non sottovalutabili.

Nel 2021, considerando il periodo gennaio/agosto, si è rilevato un incremento delle malattie professionali e delle denunce di infortunio nel loro complesso, rispetto allo stesso periodo del 2020; si è registrato, invece, un calo delle denunce per incidenti mortali.

La programmazione degli interventi di prevenzione negli ambienti di lavoro si basa sull'individuazione dei settori e delle situazioni a maggior rischio per i lavoratori (graduazione del rischio) basandosi essenzialmente sulla probabilità che i lavoratori hanno di subire danni alla salute da esposizione professionale. Di conseguenza, tenuto conto del contesto regionale, la Regione Molise intende adottare, entro il 30.06 2024, i Piani relativi a *"Vigilanza e controllo nel comparto agricoltura - Piano Mirato di Prevenzione"* e *"Vigilanza e controllo nel comparto costruzioni - Piano Mirato di Prevenzione"*

3.4.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 3.4.1 Adottare interventi mirati di prevenzione negli ambienti di lavoro

Azione 3.4.1.1 Adozione del piano *"Vigilanza e controllo nel comparto agricoltura - Piano Mirato di Prevenzione"*

Indicatore 3.4.1.1 Provvedimento di adozione ASReM/Regione

Azione 3.4.1.2 Adozione del piano *"Vigilanza e controllo nel comparto costruzioni - Piano Mirato di Prevenzione"*

Indicatore 3.4.1.2 Provvedimento di adozione ASReM/Regione

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
3.4.1 Adottare interventi mirati di prevenzione negli ambienti di lavoro	3.4.1.1 Adozione del piano "Vigilanza e controllo nel comparto agricoltura - Piano Mirato di Prevenzione"	30/06/2024	Provvedimento di adozione ASReM/Regione	Si/no	Vedere PRP	
	3.4.1.2 Adozione del piano "Vigilanza e controllo nel comparto costruzioni - Piano Mirato di Prevenzione"	30/06/2024	Provvedimento di adozione ASReM/Regione	Si/no	Vedere PRP	
Responsabile del procedimento attuativo						
Dirigente Responsabile del Servizio Prevenzione – Veterinaria e Sicurezza Alimentare delle Direzione Generale per la Salute DG ASReM – Direttore U.O.C. SPSAL						

3.5 Sanità veterinaria e sicurezza alimentare

L'erogazione delle prestazioni e dei servizi fissati nei LEA, relativamente alla Medicina Veterinaria ed alla Sicurezza Alimentare avvengono, in linea generale, in condizione di appropriatezza e sufficiente livello qualitativo e quantitativo. Il monitoraggio delle prestazioni rese da parte del Servizio Veterinario ASReM sul territorio Regionale, avviene attraverso le informazioni ed i flussi generati dalle rispettive Unità Operative.

Nello specifico, una percentuale significativa dei Programmi/Attività riguardanti la "Salute animale e igiene urbana veterinaria" e "l'Igiene degli alimenti" risultano regolarmente adempiuti, tra cui: Riproduzione animale, Controllo sul benessere degli animali da reddito, Sorveglianza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi, Piano Residui, Additivi.

Mentre tra gli inadempimenti gravi riscontrati nella griglia LEA si rileva l'attività di "farmacosorveglianza". Il mancato raggiungimento dell'obiettivo è giustificabile dalla inadeguatezza delle risorse strumentali e umane.

In merito all'Area della Sanità Animale, particolare attenzione va riservata ai Piani di Profilassi. L'acquisizione delle qualifiche per tubercolosi, brucellosi bovina e ovicaprina è messa in pericolo da movimentazioni in provenienza da allevamenti (UI) di Province non UI. Tale situazione può essere fronteggiata tramite controlli aggiuntivi mirati verso tali movimentazioni, che tuttavia necessitano di risorse professionali e tecnologiche adeguate.

Altro aspetto di grande impatto è quello relativo alla continua espansione in Molise del settore dell'allevamento avicolo intensivo per il quale sono indispensabili competenze professionali concernenti misure di biosicurezza, materia ormai ritenuta un pilastro portante della Sanità animale in generale. Si consideri per questo aspetto anche il settore suinicolo, per il quale la Regione ha approvato recentemente un piano di eradicazione della malattia di Aujeszky e della Peste Suina Africana.

Per quanto riguarda la prevenzione e il contrasto al randagismo il DCA 100/2020 prevede l'adozione di misure che, allo stato attuale, in considerazione della carenza di personale, risultano di difficile esecuzione (Mappatura genetica delle popolazioni canine identificate e geolocalizzazione dei siti con elevato numero di cani che costituiscono fonte di branchi di cani sul territorio).

3.5.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 3.5.1 Definizione /aggiornamento di un piano regionale integrato dei controlli ufficiali in coerenza con la pianificazione nazionale

Con Determinazione del Direttore Generale per la salute n.271 del 28 dicembre 2018 la Regione ha aggiornato il Piano Regionale Pluriennale Integrato dei controlli 2015-2019 approvato con DCA n.67/2015, atto a un rafforzamento della governance regionale in materia di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare. Detto Piano è in linea con le indicazioni del PNI 2015-2018 e descrive il sistema regionale di prevenzione per la sicurezza e la qualità degli alimenti e dei mangimi, la sanità animale, il benessere degli animali e la sanità delle piante ma non tiene conto dei cambiamenti avvenuti con l'entrata in vigore del Regolamento n. 625 del 15 marzo 2017 e della relativa normativa nazionale di adeguamento alle disposizioni dello stesso regolamento in materia di controlli ufficiali.

Con nota prot. n.61145 del 14/04/2020 l'Ufficio Sicurezza Alimentare del Servizio Prevenzione Veterinaria e Sicurezza Alimentare confermava per l'anno 2020 e fino al 31 dicembre 2022, per la macroarea alimenti di cui al punto 4.1.1. lettera A - "Settore sicurezza alimentare - alimenti di origine animale e non" le disposizioni, il numero di campioni da effettuare, la modulistica e quant'altro riportato nell'aggiornamento del Piano Regionale Pluriennale Integrato dei Controlli 2015-2019, approvato con la succitata determinazione del direttore generale per la salute n. 271/2018.

Con Decreto del Commissario ad Acta n.98 del 15/10/2021 è stata recepita l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il "Piano di Controllo Nazionale Pluriennale 2020-2022". Rep. Atti n. 16/CSR del 20 febbraio 2020.

Con Det.D.G. n.193 del 27.12.2022 è stato adottato l'aggiornamento del Piano 2022-2023.

Con DCA n.49 del 7.11.2023 recante "Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano concernente il "piano di controllo nazionale pluriennale 2023-2027" ai sensi dell'art. 109 del regolamento (UE) 2017/625 del parlamento europeo e del consiglio del 15 marzo 2017. Recepimento" è stata recepita la richiamata Intesa.

Azione 3.5.1.1 Definizione /aggiornamento di un piano regionale integrato dei controlli ufficiali in coerenza con la pianificazione nazionale;

Indicatore 3.5.1.1 DCA

Obiettivo 3.5.2 Implementazione Piano di aggiornamento e formazione sul sistema di Audit delle autorità competenti

Azione 3.5.2.1 Implementazione Piano di aggiornamento e formazione sul sistema di Audit delle autorità competenti

Indicatore 3.5.2.2 Report

Obiettivo 3.5.3 Aggiornamento del personale addetto a tali controlli di farmacosorveglianza

Azione 3.5.3.1. Organizzazioni di corsi di formazione e aggiornamento per ottimizzare l'uso delle funzioni messe a disposizione dagli applicativi Classyfarm e Sistema Nazionale di Farmacosorveglianza nel portale Vetinfo

Indicatore 3.5.3.1 Report

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
3.5.1 Definizione /aggiornamento di un piano regionale integrato dei controlli ufficiali in coerenza con la pianificazione nazionale	3.5.1.1 Definizione /aggiornamento di un piano regionale integrato dei controlli ufficiali in coerenza con la pianificazione nazionale	30/06/2024	DCA	si/no	nd	
3.5.2 Implementazione Piano di aggiornamento e formazione sul sistema di Audit delle autorità competenti	3.5.2.1 Organizzazioni di corsi di formazione e aggiornamento del personale	31/12/2024	Report	si/no	nd	
3.5.3 Aggiornamento del personale addetto a tali controlli di farmacosorveglianza	3.5.3.1 Organizzazioni di corsi di formazione e aggiornamento per ottimizzare l'uso delle funzioni messe a disposizione dagli applicativi Classyfarm e Sistema Nazionale di Farmacosorveglianza nel portale Vetinfo	31/12/2024	Report	si/no	nd	
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Dirigente Responsabile del Servizio Prevenzione – Veterinaria e Sicurezza Alimentare della Direzione Generale per la Salute DG ASReM Dipartimento di Prevenzione ASReM U.O formazione ASReM						

4 Assistenza Territoriale/ Distrettuale

Con il Programma Operativo 2023-2025, la Regione Molise intende rilanciare il processo di implementazione della propria rete territoriale, sfruttando, soprattutto, le nuove possibilità derivanti dall'utilizzo delle risorse finanziate dalla Missione 6 Component 1 (M6C1) del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dalla Legge di Bilancio n. 234/2021 in materia di personale.

Con riferimento al contesto regionale, l'ASREM, attualmente, garantisce l'assistenza territoriale tramite tre distretti sanitari (Campobasso, Isernia e Termoli) con tutti i servizi ad essi correlati (assistenza sociosanitaria, riabilitativa, specialistica ambulatoriale, assistenza primaria, consultori), il Dipartimento di Salute Mentale integrato con i servizi per il contrasto alle dipendenze patologiche ed il Dipartimento di prevenzione.

L'assistenza territoriale molisana è caratterizzata da un buon grado di sviluppo delle cure domiciliari, mentre risulta ancora insufficiente in altri importanti setting assistenziali come, ad esempio, l'assistenza residenziale e semiresidenziale per persone non autosufficienti; necessita inoltre di migliorare i processi di presa in carico, in quanto molti percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) non sono ancora concretamente operativi sul territorio.

Di seguito un prospetto di sintesi dei principali indicatori previsti per l'area territoriale.

Assistenza domiciliare					
Assistenza Domiciliare - Fonte NSO, agg.to 12/07/2023					
Assistenza domiciliare	2020	2021	2022	Valori di riferimento	Fonte
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 1 (Numero GEA / numero GdC) = 0,14 — 0,30 GEA: Giornate effettive di assistenza	3,13	1,73	3,29	Sufficienza: $\geq 2,6$ Eccellenza: ≥ 4	NSG (D22Z)
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 2 (Numero GEA / numero GdC) = 0,31 - 0,50 GEA: Giornate effettive di assistenza	3,57	4,01	7,97	Sufficienza: $\geq 1,9$ Eccellenza: $\geq 2,5$	
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3 (Numero GEA / numero GdC) = > 0,50). GEA: Giornate effettive di assistenza	2,69	3,11	5,36	Sufficienza: $\geq 1,5$ Eccellenza: ≥ 2	

Assistenza residenziale e semiresidenziale					
Assistenza residenziale e semiresidenziale - Fonte NSG, agg.to 12/07/2023					
Assistenza residenziale e semiresidenziale	2020	2021	13	Valori di riferimento	Fonte
Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/ semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	11,24	11,61	12,78	Sufficienza: $\geq 24,6$ Eccellenza: ≥ 41	NSG (D33Za)
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	22,51	21,43	25,52	Sufficienza: ≥ 35 Eccellenza: ≥ 55	NSG (D30Z)

Con DCA 27/2023 avente ad oggetto “Manuale dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178”, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano”, sono state recepite le Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'Assistenza domiciliare che si configurano come linee di indirizzo anche in coerenza con la riforma nazionale dell'assistenza territoriale la Struttura Commissariale ha adottato le Linee Guida per l'autorizzazione e l'accreditamento dell'assistenza domiciliare integrata.

Con DCA 57/2024 avente ad oggetto “Manuale dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178”, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. Rimodulazione DCA 27/2023” è stata approvata la rimodulazione del DCA n.27/2023, per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio e per l'accreditamento istituzionale delle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari.

Ad oggi, inoltre, risulta necessario potenziare la capacità dei distretti sanitari di interfacciarsi con i Comuni per migliorare l'integrazione sociosanitaria, nonché la qualità, completezza e tempestività dei dati relativi all'assistenza territoriale in possesso di ASREM e della Regione, al fine di potenziare anche la capacità programmatoria regionale nell'area della disabilità, non autosufficienza e salute mentale.

Per quanto emerso dall'analisi di contesto, la Struttura Commissariale ha predisposto il documento unico di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, trasmesso al Ministero della Salute ed al Ministero dell'Economia e delle Finanze per la preventiva valutazione con invio Siveas n. 135/2023. Il documento in parola recepisce gli standard contenuti nel DM Salute del 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", fornendo gli ulteriori strumenti programmatori utili a superare le citate criticità, anche in un arco temporale più lungo rispetto a quello di vigenza del presente P.O.

La Struttura Commissariale ha adottato con DCA 20/2024 il documento di riorganizzazione della rete.

La più recente normativa nazionale (D.L. 34/2020, c.d. Decreto Rilancio, convertito nella legge n. 77/2020, all'art. 7) pone l'attenzione sulla possibilità di sviluppare *"modelli predittivi, che consentano la stratificazione della popolazione, il monitoraggio per fattori di rischio, e la gestione integrata di patologie croniche e di situazioni complesse."*

L'adozione di un *"modello di stratificazione"* comune su tutto il territorio nazionale è uno degli obiettivi strategici del PNRR che permetterà lo sviluppo di un linguaggio uniforme per garantire equità di accesso ed omogeneità di presa in carico. Tale modello di stratificazione dovrà consentire di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che vengono definiti nel *Progetto di Salute* del singolo paziente.

Obiettivo della riorganizzazione dei sistemi di valutazione dei pazienti è l'identificazione dei bisogni di cui sono portatori in modo uniforme e convergente a livello aziendale, regionale e nazionale verso uno schema di riferimento per l'individuazione dei *"bisogni semplici"* e dei *"bisogni complessi"*, come previsto nel Documento AGENAS-Regioni-PPAA su *"Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale"*,

Da questo approccio derivano:

- La *Medicina di Popolazione* che è la branca della medicina che si pone come obiettivo la promozione della salute della popolazione di riferimento, attraverso l'utilizzo di modelli di stratificazione ed identificazione dei bisogni di salute basati sull'utilizzo di dati.
- La *Medicina di Iniziativa* che è un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa.
- La *Stratificazione della Popolazione* per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi, che permette di differenziare le strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e consumo di risorse.
- Il *Progetto di Salute* che è uno strumento di programmazione, gestione e verifica; associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del *"bisogno di salute"* identificando gli standard minimi delle risposte cliniche socio assistenziali, riabilitative e di prevenzione.

4.1 Assistenza primaria e continuità assistenziale

Il riordino dell'assistenza primaria è una delle priorità della Struttura Commissariale.

Attualmente in Regione Molise operano 239 Medici di Medicina Generale (MMG), 32 Pediatri di Libera Scelta (PLS) e 222 Medici di Continuità Assistenziale (MCA) ¹ con 474.137 ore remunerate nel 2019².

Tutte le aggregazioni di MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle case della comunità.

La Regione, negli anni, ha attivato otto Case della Salute nelle quali sono presenti numerosi servizi coincidenti con quelli richiesti nelle CdC di prossima attivazione. Nella tabella seguente è riportato il personale presente nelle Case della Salute attuali e le ore di specialistica ambulatoriale attivate.

Tabella - Personale in servizio presso le Strutture Distrettuali e ore di specialistica ambulatoriale

		Medici	Infermieri e ostetriche	OSS	Amministrativi	personale ausiliario	personale tecnico sanitario	tecnici di riabilitazione	ore specialistiche ambulatoriali	ore specialistiche erogate tramite persone delle dipartimenti	ufficio direzione	psicologi	assistente tecnico	operatore tecnico	assistente sociale	Altro
DISTRETTO DI TERAMO	CdC Castelmauro		2						63,5							
	CdC Santa Croce		4						56,5							
	CdC Montebello		5	1	1				119	6				2		
	CdC Termoli HUB	3	31	1	15		1		448,2	65		1		5		
	consultorio termoli		5						158	38		2		1		
	consultorio di Isernia		3						42							
	CdC Larino (incluse odg)	8	63	17	4	1	4	8	213	228	1			5		
DISTRETTO DI ISERANIA	CdC Larino Hospice	2	10	11						38		1			3	
	totale OSS Termoli	11	123	30	20	1	5	8	1060,2	375		4		13	3	
	CdC FROSOLONE		4		1		1		30,45	8						
	consultorio consultorio		1													
	MEANIO (incluse odg)	4	40		2	1	2	4	103	85				7		5
	CdC ARNONE		7		4				107,4					1	2	
	CdC BERNIA	3	15		2		3	2	173				2	3	1	
DISTRETTO DI CAMPOBASSO	CONSULTORIO S	2	3					1	5,2					1	2	
	totale OSS IS	9	70		9	1	6	7	507,85	93			2	12	5	5
	BOIANO		8		1				117	34						
	Consultorio Boiano		1						9							
	BICCIA		8		1			1	71	22						
	TRIVENTO compreso CdC		3			1			6,4	10						
	SANT'ELIA		1						6	15						
DISTRETTO DI CAMPOTRONE	VIA PETRELLA	15*	27	3	7		6		436	43					2	
	VIA GRANTICO		4		1				1,2							
	VIA TOSCANA		2				1			38						
	Consultorio Campobasso		5						8,3						1	
	Dermatologia c/o P.O. Cardarelli		3						38	76						
	totale OSS CB	15	62	3	10	1	7	1	896	238					3	

Il personale contenuto in tabella è comprensivo di tutto il personale afferente le attività distrettuali (PUA, ADI, Protesica, ecc). Nelle strutture ove presenti gli Ospedali di Comunità il personale comprende anche i moduli di riabilitazione, RSA e UDI

Al fine di potenziare l'assistenza primaria in un'ottica di prossimità, accessibilità e multidisciplinarietà, la Regione Molise ha deciso di attivare a regime nel 2026 tredici CdC suddividendole tra hub e spoke.

¹ Fonte: SISAC rilevazione deleghe sindacali 1° gennaio 2021

² Fonte annuario statistico del SSN del Ministero della Salute: anno 2019

Struttura	Comune	Hub/Spoke
CdC	LARINO	Hub
CdC	AGNONE	Hub
CdC	CASTELMAURO	Spoke
CdC	TERMOLI	Hub
CdC	CAMPOBASSO	Hub
CdC	FROSOLONE	Spoke
CdC	ISERNIA	Hub
CdC	TRIVENTO	Spoke
CdC	SANTA CROCE DI MAGLIANO	Spoke
CdC	VENAFRO	Hub
CdC	MONTENERO DI BISACCIA	Spoke
CdC	RICCIA	Hub
CdC	BOJANO	Spoke

Gli interventi strutturali necessari per realizzare/riconvertire le tredici CdC programmate con il DCA 25/2022 saranno finanziati interamente con i fondi previsti dal DM Salute del 20 gennaio 2022.

In tutte le CdC, sulla base del ruolo che ricopriranno nella rete, saranno attivati i servizi previsti come obbligatori dal DM 77/2022, mentre quelli facoltativi saranno individuati sulla base delle necessità espresse dai singoli territori e indicati all'interno del previsto documento unico di riorganizzazione della rete territoriale, tenendo conto anche della necessità di potenziare i servizi consultoriali attualmente carenti³. L'attivazione delle tredici CdC consentirà alla Regione Molise di rispettare lo standard di una CdC hub ogni 40.000 abitanti e complessivamente ci sarà una CdC hub o spoke ogni 23.000 abitanti circa.

Con l'emergenza Covid-19 in Regione Molise sono state attivate progressivamente 6 Unità Speciali di Continuità Assistenziali (USCA), in cui hanno operato 12 medici garantendo una copertura oraria di 12 ore al giorno per 7 giorni la settimana. Tenuto conto che il DM 77/2022 individua uno standard di 1 Unità di Continuità Assistenziale (UCA) ogni 100.000 abitanti, la Regione Molise prevede di attivare 3 UCA allocandole funzionalmente presso le CdC Hub di Campobasso, Isernia e Termoli. L'UCA è un'equipe che afferisce al Distretto, composta da 1 medico ed 1 infermiere, che opera sul territorio di riferimento anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza) e in collaborazione con i MMG e i PLS e le loro forme organizzative. L'UCA potrà usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri e l'equipe potrà essere integrata con altre figure professionali sanitarie.

Gli obiettivi di potenziamento e riorganizzazione della Regione Molise nell'ambito della Rete Territoriale prevedono altresì l'attivazione e la progressiva implementazione dei Centri di Assistenza e Urgenza – CAU. Si tratta di un modello organizzativo relativo all'assistenza sanitaria in urgenza, volto al miglioramento dell'organizzazione degli accessi al Pronto Soccorso, al fine di consentire la precoce presa in carico del paziente e la corretta distribuzione presso il più appropriato punto di erogazione delle prestazioni sanitarie, riducendo la pressione nei PS nonché dei tempi di attesa.

I CAU afferiscono in particolare alle cure primarie ed alla rete assistenziale territoriale, e sebbene abbiano una connotazione sperimentale, costituiscono un modello di applicazione del DM 77/2022, negli ambiti relativi alla Continuità Assistenziale e delle Case/Ospedali di Comunità. Sono strutture organizzative territoriali da destinare alla gestione delle urgenze sanitarie a bassa complessità clinico assistenziale, che possano garantire, oltre alle prestazioni erogate dalla Continuità Assistenziale, prestazioni non complesse riferibile attualmente all'assistenza erogata nei Punti di Primo Intervento e nei Pronto Soccorso.

I CAU potranno essere collocati all'interno delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità, nonché, dove opportuno e possibile, in prossimità delle strutture ospedaliere. Potranno essere sede di tali setting assistenziali anche le forme

³ Risultano attivi in regione 6 consultori, così come indicato dall'annuario statistico del SSN del Ministero della Salute, anno 2019

aggregative strutturate di medicina generale, adeguatamente organizzate e configurate. Costituiranno difatti un punto di riferimento dei servizi territoriali, nell'ottica della prossimità e della capillarità dell'assistenza, mantenendo modalità ed interfacce organizzative con le COT, le UCCP e le AFT dei MMG, dei PLS, degli specialisti ambulatoriali, con le UCA e con le strutture di ricovero. Saranno comunque configurati in maniera da avere un riferimento presso le strutture ospedaliere e distrettuali, funzionalmente alla casistica da trattare, con garanzia di accessibilità e tempestività di cure e continuità dei percorsi assistenziali. Disporranno di competenze clinico-assistenziali e strumentali in grado di fornire risposta ai problemi e ai bisogni di carattere acuto di modesta entità e alle situazioni di minore criticità e bassa complessità.

L'obiettivo è dare una risposta ai problemi di minore urgenza attraverso il potenziato del sistema di Cure Primarie, a cui destinare i casi urgenti ma non gravi (in codice bianco e verde), e consentire, in tal modo, una risposta più efficiente del Pronto Soccorso ai codici a maggiore gravità (in codice azzurro, arancione e rosso)

Nella configurazione di riferimento, è prevista la presenza organizzata dei medici di Assistenza primaria e di infermieri, adeguatamente formati per accogliere ed assistere pazienti con problemi urgenti a bassa complessità, 7 giorni su 7, h24, in accesso diretto ovvero attraverso il servizio di emergenza territoriale (SET 118). I cittadini potranno ricevere dai CAU risposte ad urgenze minori, che attualmente costituiscono oltre il 70% dei casi trattati nel Pronto soccorso e afferiscono a disturbi quali ad esempio:

Mal di testa/cefalea/emicrania (con dolore lieve-moderato)

Disturbi della vista/dell'occhio

Disturbi dell'udito/dell'orecchio

Traumi lievi (Piede, Caviglia, Ginocchia, Gomito, Polso, Mano)

Piccole ferite

Ed erogare le seguenti prestazioni:

Visita medica

Certificazioni

Trattamento farmacologico al bisogno

Prescrizione di terapia per patologie di nuova insorgenza o terapie essenziali

Procedure chirurgiche minori (per esempio, suture, medicazioni)

Accedendo al CAU, il paziente verrà accolto dall'infermiere che procederà con l'inquadramento del bisogno sanitario, per poi essere sottoposto alla visita medica e agli eventuali ulteriori approfondimenti diagnostici (esami di laboratorio, l'elettrocardiogramma, la radiografia...). Il medico del CAU valuterà, quindi, anche alla conclusione del percorso in urgenza presso lo stesso, la necessità di prescrivere ulteriori successive prestazioni specialistiche a completamento diagnostico, il cui esito dovrà essere comunque sottoposto al Medico di Medicina Generale o al Pediatra di Libera scelta, di riferimento del paziente, senza tornare al CAU.

Al fine di garantire la presenza medica e infermieristica prevista per le CdC hub e spoke dal DM 77/2022, la Regione, in sinergia con ASREM, utilizzerà il personale già presente nelle attuali Case della Salute, e, per le sedi hub, sarà assicurata la presenza del medico h24, anche attraverso l'utilizzo di parte del monte ore della continuità assistenziale a seguito di una rivalutazione e riorganizzazione del servizio.

La Struttura Commissariale, infine, intende completare progressivamente la dotazione organica dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) fino al raggiungimento dello standard di 1 IFoC ogni 3.000 abitanti. Attualmente il numero degli IFoC già presenti è pari a 45 con un bacino di utenza medio di 1 ogni 6.500 abitanti circa. L'ulteriore personale necessario al funzionamento delle CdC sarà reperito, a seguito di specifici approfondimenti che si effettueranno in sinergia con ASREM, tramite un aggiornamento del Piano assunzionale sulla base degli ulteriori fondi previsti dall'art. 1, comma 274 della Legge 234/2021 per la realizzazione degli standard previsti dal DM 77/2022. Si riportano di seguito le stime del fabbisogno teorico per il personale calcolato sui parametri del DM 77 per la Regione Molise:

	Numero strutture	Personale per struttura (rif. DM77)	Fabbisogno per struttura	Fabbisogno complessivo
CdC hub	6			
Coord. Infermieristico		1	1	6
Infermieri		7-11	9	54
Assistenti sociali		1	1	6
OSS e personale tecnico		5-8	4	24
Amministrativi			3	18
Cdc spoke	6			
Coord. Infermieristico			1	6
Infermieri			7	42
Assistenti sociali			1	6
OSS e personale tecnico			3	18
Amministrativi			2	12
OdC	3			
Coord. Infermieristico		1	1	3
Infermieri		7-9	8	24
OSS		4-6	5	15
Personale funz. Riabilitative		1-2	1	3
Medici		4,5 h al giorno, 6 giorni su 7	1	3
COT	3			
Coord. Infermieristico		1	1	3
Infermieri		3-5	4	12
Amministrativi (pers. di supporto)		1-2	2	6
Totali				
Coord. Infermieristici				18
Infermieri				126
OSS e personale tecnico				57
Assistenti sociali				12
Personale funz. Riabilitative				3
Amministrativi				36
Medici				3
TOTALE				255

L'organizzazione richiede il coinvolgimento delle forme associative dei MMG i e dei PLS, con particolare riferimento alla definizione e all'assegnazione di obiettivi condivisi dall'équipe multiprofessionale, alla partecipazione attiva del MMG e PLS e alla valorizzazione delle competenze delle professioni sanitarie e sociali, insieme alle articolazioni organizzative delle strutture aziendali, aspetti ritenuti fondamentali per la sua effettiva realizzazione. Le forme associative dei MMG e dei PLS, ancora non presenti nella Regione Molise, costituiscono il primo anello della rete di assistenza territoriale e sono parte integrante delle CdC, sia quando operano in esse, sia quando integrate funzionalmente. In tal modo provvedono a garantire l'assistenza in forma di medicina d'iniziativa e di presa in carico della comunità di riferimento con un maggior grado di prossimità.

4.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 4.1.1 Ridefinizione della rete territoriale in coerenza con il DM 77/2022: riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale

Azione 4.1.1.1 Riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale con accentrimento delle chiamate

Indicatore 4.1.1.1 DCA di riorganizzazione della rete

Obiettivo 4.1.2 Rideterminazione della dotazione organica dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), in coerenza con il DM 77/2022

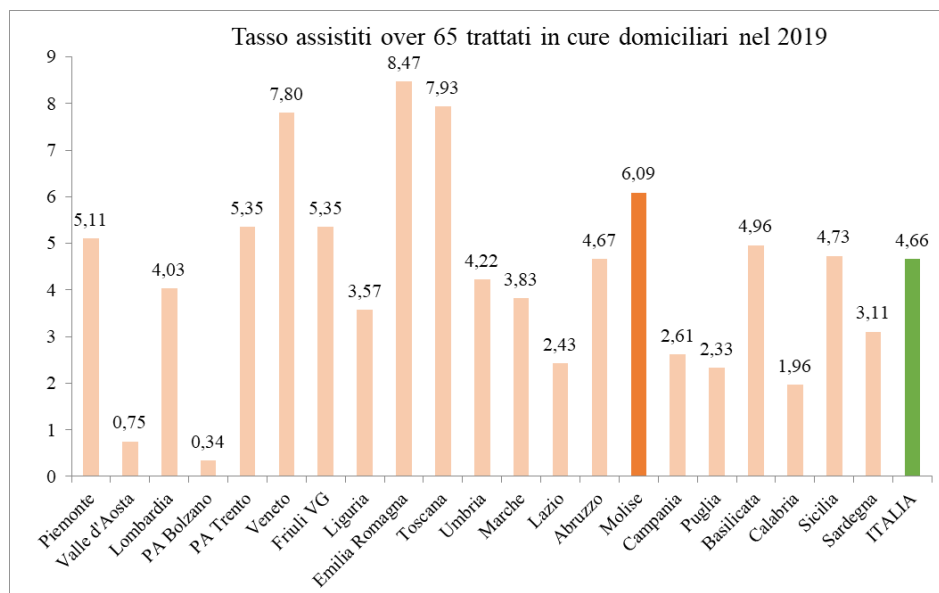
Azione 4.1.2.1 Completamento della dotazione organica dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC)

Indicatore 4.1.2.1 Report: raggiungimento standard di 1 IFoC ogni 3.000 abitanti

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
4.1.1 Ridefinizione della rete territoriale in coerenza con il DM 77/2022: riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale	4.1.1.1 Riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale con accentrimento delle chiamate	30/09/2024	DCA	Si/no		
4.1.2 Rideterminazione della dotazione organica dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), in coerenza con il DM 77/2022	4.1.2.1 Completamento della dotazione organica dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC)	30/09/2024	Report	Raggiungimento Standard di 1 IFoC ogni 3.000 abitanti - (Completamento=100%)		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
DG A.S.Re.M						

4.2 Assistenza domiciliare integrata

La Regione nel 2022 ha preso in carico al domicilio circa il 6,13 % della popolazione sopra i 65 anni (4666 pazienti su 76120).



Attualmente, le prestazioni sono garantite dall' ASReM attraverso un contratto triennale di appalto di servizio stipulato nel giugno del 2021 e prevede una forte spinta tecnologica con l'utilizzo della telemedicina sia "one to one" che "one to many". Queste nuove modalità erogative prevedono il coinvolgimento attivo dei MMG attraverso procedure informatizzate di attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare con l'utilizzo della piattaforma Software fornita dalla Società aggiudicataria che sarà integrata, in una logica di Rete, con tutti i sistemi informatici collegati alle attività ADI (LIS, RIS, FSE, ecc.). La nuova organizzazione faciliterà la presa in carico dei pazienti che necessitano di essere assistiti a domicilio diminuendo, altresì, il ricorso ad ospedalizzazioni inappropriate.

La Regione, al fine di potenziare le cure domiciliari in coerenza con la normativa regionale vigente, intende superare l'attuale modello basato sulla gara d'appalto per giungere al modello dell'autorizzazione e accreditamento sulla base di quanto previsto dal DCA n. 113/2021 di recepimento dell'Intesa Stato-Regioni del 4 agosto 2021 (Rep. Atti n. 151/CSR) sul documento recante "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari".

La Regione, inoltre, per dare attuazione a quanto previsto dalla M6C1 del PNRR in ambito di potenziamento delle cure domiciliari intende prendere in carico al domicilio, nel 2025, il 10% della popolazione sopra i 65 anni e potenziare i servizi di telemedicina, attraverso l'implementazione di strumenti che consentano interazioni a distanza medico-paziente, soprattutto per le prestazioni di diagnostica e monitoraggio.

Con il DCA n. 27/2022 la Regione ha recepito le Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'Assistenza domiciliare.

Le componenti fondamentali del modello organizzativo domiciliare, a cui fa riferimento il DCA sono:

- il servizio di assistenza domiciliare, che garantisce la continuità dell'assistenza nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente;
- la pianificazione degli accessi domiciliari;
- il servizio di cure domiciliari integrato con prestazioni di telemedicina da remoto

4.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 4.2.1 Potenziamento delle cure domiciliari

Azione 4.2.1.1 Assistere al domicilio almeno il 10% della popolazione sopra i 65 anni

Indicatore 4.2.1.1 Report: % di assistiti domiciliari con età > 65anni

Obiettivo 4.2.2 Riportare le cure domiciliari al sistema dell'autorizzazione e dell'accreditamento

Azione 4.2.2.1 Definizione degli standard per l'autorizzazione e l'accreditamento delle cure domiciliari

Indicatore 4.2.2.1 DCA

Obiettivo 4.2.3 Attivazione progetti sulla telemedicina dedicati ai pazienti cronici

Azione 4.2.3.1 Attivazione di almeno un progetto sulla telemedicina dedicato ai pazienti cronici

Indicatore 4.2.3.1 Atto regionale

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
4.2.1 Potenziamento delle cure domiciliari	4.2.1.1 Assistere al domicilio almeno il 10% della popolazione sopra i 65 anni	31/12/2024	Report	% di assistiti domiciliari con età > 65anni (= 9%)		
		31/12/2025	Report	% di assistiti domiciliari con età > 65anni (= 10%)		
4.2.2 Riportare le cure domiciliari al sistema dell'autorizzazione e dell'accreditamento	4.2.2.1 Definizione degli standard per l'autorizzazione e l'accreditamento delle cure domiciliari	31/12/2023	DCA	si/no		
4.2.3 Attivazione progetti sulla telemedicina dedicati ai pazienti cronici	4.2.3.1 Attivazione di almeno un progetto sulla telemedicina dedicato ai pazienti cronici	31/12/2024	Atto regionale	si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
DG ASReM						

4.3 Ospedali di Comunità

In Regione Molise sono attivi due Ospedali di Comunità (OdC) presso le strutture di Larino e Venafrò.

Le citate strutture saranno ristrutturate con i Fondi PNRR stanziati con il DM del 20 gennaio 2022 e previsti nel DCA n. 25/2022 e saranno rivolte a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio. Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio, in questo secondo caso possono rientrare anche i ricoveri brevi.

Il DM 77/2022 prevede che sia presente un OdC dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti. È possibile prevedere l'estensione progressiva di 0,4 posti letto per ogni 1.000 abitanti da attuarsi secondo la programmazione regionale.

Per quanto riguarda lo standard di personale per un OdC dotato di 20 posti letto, la Regione Molise prevede:

- 7-9 infermieri (di cui un coordinatore infermieristico);
- 4-6 operatori sociosanitari;
- 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e 1 medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

La gestione e l'attività di OdC saranno basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze.

Per quanto concerne i flussi informativi, invece, l'OdC dovrà dotarsi del sistema informativo per la raccolta, il periodico aggiornamento dell'attività clinica ed assistenziale erogata, assicurando la tempestiva trasmissione dei dati a livello regionale per l'alimentazione del debito informativo nazionale. In particolare, saranno considerati i seguenti indicatori per il monitoraggio:

- Tasso di ricovero della popolazione >75 anni
- Tasso di ricovero in Ospedale per acuti durante la degenza in OdC
- Tasso di riospedalizzazione a 30 gg
- Degenza media OdC
- Degenza oltre le 6 settimane
- N. Pazienti provenienti dal domicilio
- N. Pazienti provenienti da ospedali

4.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 4.3.1 Attivazione di due Ospedali di Comunità (OdC)

Azione 4.3.1.1 Assegnazione dei CIG o convenzioni per la ristrutturazione dei 2 OdC

Indicatore 4.3.1.1 Provvedimento ASReM

Azione 4.3.1.2 Stipula delle 2 obbligazioni giuridicamente vincolanti per la ristrutturazione degli OdC

Indicatore 4.3.1.2 Provvedimento ASReM

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
4.3.1 Attivazione di due Ospedali di Comunità (OdC)	4.3.1.1 Assegnazione dei CIG o convenzioni per la ristrutturazione dei 2 OdC	31/03/2023	Provvedimento ASReM	Si/no		
	4.3.1.2 Stipula delle 2 obbligazioni giuridicamente vincolanti per la ristrutturazione degli OdC	31/12/2023	Provvedimento ASReM	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute						
DG A.S.Re.M						

4.4 Accesso ai servizi e presa in carico

La progressiva attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) e delle Case della Comunità (CdC) consentirà alla Regione Molise di riprogettare le modalità di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari e di potenziare le modalità di presa in carico e gestione degli assistiti, soprattutto delle persone con cronicità e/o fragili. Il DM 77/2022, infatti, individua come obbligatoria la presenza dei Punti Unici di Accesso (PUA) nelle CdC Hub e Spoke. L'art. 43 della Legge di Bilancio, inoltre, insieme al Piano delle Politiche Sociali 2021-2023, rafforzano il ruolo del PUA come strumento utile a realizzare l'integrazione sociosanitaria e lo potenziano.

Attualmente in Regione Molise è attivo un servizio PUA per distretto, il quale non è ancora pienamente integrato con la componente sociale limitando, di fatto, l'accesso unitario ai bisogni sanitari e sociali dei cittadini.

Il P.O. 2023-2025 prevede di potenziare le PUA, in concomitanza dell'attivazione delle previste 13 CdC, e di favorire la partecipazione degli assistenti sociali dei comuni nell'ambito delle Unità di valutazione multidimensionale (UVM).

Nello specifico, la Regione intende attivare tre COT presso i presidi di Termoli, Bojano e Venafro con le funzioni e gli standard organizzativi, strutturali e tecnologici previsti dal DM 77/2022.

A tal fine, la Regione potenzierà la propria infrastruttura tecnologica ed informatica e si impegnerà nelle procedure necessarie a rendere operative e interconnesse le 3 previste COT entro il primo gennaio 2024. Rispetto al reperimento del personale che opererà nella COT⁴, a seguito di specifici approfondimenti che si effettueranno in sinergia con ASREM, si valuterà la possibilità di aggiornare il Piano assunzionale sulla base degli ulteriori fondi previsti dall'art. 1, comma 274 della Legge 234/21 per garantire gli standard previsti dal DM 77/2022.

L'attivazione delle COT, in particolare, aiuterà ASREM a migliorare la qualità, completezza e tempestività dei dati relativi all'assistenza territoriale, nonché migliorerà la capacità di presa in carico degli assistiti consentendo sia l'effettiva operatività dei PDTA approvati, sia di recuperare rilevanti risorse in termini di appropriatezza, in quanto più della metà degli accessi al pronto soccorso delle persone con scompenso cardiaco, BPCO e diabete avviene in codice verde con picchi dell'80% per la BPCO.

Il modello di presa in carico individuato dal DM 77/2022 non si completa con la sola realizzazione delle COT, in quanto la normativa prevede anche l'attivazione del numero europeo armonizzato (NEA) 116117. Tale servizio, che costituisce un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per l'accesso a tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale, non sarà attivo nell'arco temporale di vigenza del presente P.O. e sarà oggetto di specifici approfondimenti anche al fine di valutare la possibilità di attivare il servizio in accordo con le regioni limitrofe in considerazione del bacino di utenza di 1-2 milioni di abitanti previsto dal DM 77/2022.

4.4.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 4.4.1 Attivazione di n.3 Centrali Operative Territoriali (COT) presso i presidi di Termoli, Bojano e Venafro

Azione 4.4.1.1 Stipula dei contratti per la realizzazione delle COT

Indicatore 4.4.1.1 Provvedimento ASReM

Azione 4.4.1.2 Individuazione del personale necessario al funzionamento delle COT

Indicatore 4.4.1.2 Provvedimento ASReM

Azione 4.4.1.3 Attivazione in piena operatività delle COT e interconnessione

Indicatore 4.4.1.3 Provvedimento ASReM

Obiettivo 4.4.2 Digitalizzazione del DEA di I livello Hub e Spoke

Azione 4.4.2.1 Stipula dei contratti per la digitalizzazione

Indicatore 4.4.2.1 Provvedimento ASReM

Azione 4.4.2.2 Stipula contratti per i servizi di supporto per la sanità digitale

Indicatore 4.4.2.2 Provvedimento ASReM

⁴ Personale programmato COT: 1 Coordinatore infermieristico, 3-5 infermieri, 1-2 unità di personale di supporto.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
4.4.1 Attivazione di n.3 Centrali Operative Territoriali (COT) presso i presidi di Termoli, Bojano e Venafro	4.4.1.1 Stipula dei contratti per la realizzazione delle COT	30/06/2023	Provvedimento ASReM	Si/no	nd	
	4.4.1.2 Individuazione del personale necessario al funzionamento delle COT	30/06/2024	Provvedimento ASReM	Si/no		
	4.4.1.3 Attivazione in piena operatività delle COT e interconnessione	30/06/2024	Provvedimento ASReM	Si/no	nd	
4.4.2 Digitalizzazione del DEA di I livello Hub e Spoke	4.4.2.1 Stipula dei contratti per la digitalizzazione	30/06/2024	Provvedimento ASReM	Si/no	nd	
	4.4.2.2 Stipula contratti per i servizi di supporto per la sanità digitale	30/06/2024	Provvedimento ASReM			
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						

4.5 Assistenza alle persone non autosufficienti

In ossequio a quanto previsto dal DPCM del 12 gennaio 2017, l'assistenza sociosanitaria sul territorio regionale sarà rivolta a garantire le prestazioni necessarie a soddisfare il bisogno di salute del cittadino, anche nel lungo periodo, a stabilizzare il quadro clinico, a garantire la continuità tra attività di cura e di riabilitazione, a limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita della persona, associando alle prestazioni sanitarie anche azioni di supporto e di protezione sociale. Sarà cura del Servizio Sanitario Regionale (SSR) garantire la continuità della presa in carico del paziente tra le fasi dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza territoriale.

Nell'ambito dell'assistenza residenziale, il SSR garantisce alle persone non autosufficienti, previa valutazione multidimensionale e presa in carico:

a) trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico, e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, educazione terapeutica al paziente e al caregiver.

b) trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico, e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica e fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, educazione terapeutica al paziente e al caregiver, con garanzia di continuità assistenziale, e da attività di socializzazione e animazione.

Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale, il SSR garantisce trattamenti di lungoassistenza, di recupero, di mantenimento funzionale e di riorientamento in ambiente protesico, ivi compresi interventi di sollievo, a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria.

Ad oggi è ancora complesso avere un quadro della popolazione non autosufficiente assistita dal sistema sanitario molisano.

Nella tabella di seguito riportata si indica la situazione attuale di posti letto contrattualizzati per l'assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti:

Tabella: Dotazione di PL in strutture residenziali per l'assistenza anziani

	PL CONTRAT./ATTIVATI
R1	13
R2	104
R3	183
Alzheimer	7
TOTALE	307

Con riferimento all'assistenza semiresidenziale, la cui soluzione potrebbe alleviare il carico economico-finanziario e sociale di quest'area di assistenza sia per i comuni e gli assistiti che per il SSR, non risultano in regione strutture accreditate che permettano di erogare prestazioni in regime diurno.

L'assistenza semiresidenziale ai pazienti Alzheimer è garantita attualmente, attraverso un centro diurno per malati di Alzheimer (CDCD) operante nel Distretto di Campobasso ed è di prossima attivazione un altro CDCD nel Distretto di Isernia, nell'ambito della progettualità dei lavori ministeriali del Tavolo Permanente sulle Demenze istituito presso il Ministero della Salute per l'utilizzo dei fondi destinati a ciascuna Regione.

La Regione Molise intende procedere, pertanto, ad attivare le procedure volte al reperimento di strutture semiresidenziali che saranno oggetto di autorizzazione ed accreditamento al fine dell'inserimento nella rete di offerta sanitaria e socio-sanitaria regionale.

Per la determinazione del fabbisogno si farà riferimento a quanto previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) del Ministero della Salute, - indicatore D33Z - che considera il numero di assistiti residenti di età maggiore ai 75 anni presenti nelle strutture residenziali, distinte per tipologia di trattamento (R1, R2, R3,), ogni 1.000 abitanti.

RICOVERO DI SOLLIEVO

Gli obiettivi di potenziamento e riorganizzazione della Regione Molise nell'ambito della Rete Territoriale prevedono l'attivazione e la progressiva implementazione di soluzioni e modelli organizzativi in grado di recuperare efficienza ed appropriatezza, tra cui i "Ricoveri di sollievo per anziani disabili". Tale soluzione si inserisce nel più generale processo di riorganizzazione dei servizi assistenziali sanitari e sociosanitari, tenendo conto delle evoluzioni e delle tendenze sociali, demografiche ed epidemiologiche, ed in considerazione delle evidenze scientifiche collegate al ruolo dei caregiver e delle famiglie.

La Regione Molise nella consapevolezza delle problematiche legate all'assistenza degli anziani disabili e delle persone non autosufficienti, e delle ricadute sulle famiglie, soprattutto nei casi in cui non si dispone delle condizioni, delle risorse e delle competenze necessari per garantire un'assistenza adeguata, intende istituzionalizzare i "Ricoveri di sollievo".

Si tratta di un ricovero temporaneo, disposto anche al fine di garantire un supporto ai caregiver ovvero alle famiglie che si prendono cura delle persone non autosufficienti. È una soluzione limitata nel tempo, che può essere programmata o a cui si può ricorrere per fornire un supporto a situazioni critiche o di emergenza, nelle quali l'"ordinaria" sistemazioni non è in grado di assicurare un riscontro efficace. Costituisce la risposta ad un'esigenza di supporto limitato nel tempo oppure alla necessità dovute ad un improvviso bisogno di assistenza, per motivi di salute o contingenti.

Il ricovero di sollievo afferisce a situazione di bisogno socio-sanitario e di emergenza, come nel caso degli anziani dimessi dall'ospedale che hanno la necessità di trascorrere un periodo di riabilitazione e convalescenza e non hanno ancora la possibilità di essere assistiti a domicilio. Rappresenta sempre e comunque un trattamento sanitario e assistenziale, senza ricorrere al ricovero definitivo, legato alle necessità del paziente ma che tiene conto anche di quelle dei suoi familiari.

Il ricovero di sollievo temporaneo garantisce l'assistenza di base, quella medica, infermieristica e farmaceutica, erogate in coordinamento con i caregiver o i familiari, secondo la specificità e la condizione soggettiva della persona e per un

tempo massimo di 30 giorni. La remunerazione delle prestazioni e le relative tariffe saranno regolamentate con successivo specifico provvedimento, con il quale verrà altresì determinata anche la relativa spesa nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza ovvero su altre fonti di finanziamento. Sarà comunque prevista una compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito o della famiglia.

4.5.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 4.5.1 Potenziamento dell'offerta regionale di assistenza semiresidenziale

Azione 4.5.1.1 Determinazione del fabbisogno regionale (assistenza semiresidenziale)

Indicatore 4.5.1.1 DCA

Azione 4.5.1.2 Autorizzazione ed accreditamento delle strutture individuate

Indicatore 4.5.1.2 Determinazione/DCA

Azione 4.5.1.3 Contrattualizzazione delle strutture residenziali e semiresidenziali determinate sulla base del fabbisogno regionale **Indicatore 4.5.1.3** Provvedimento ASReM

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
4.5.1 Potenziamento dell'offerta regionale di assistenza semiresidenziale	4.5.1.1 Determinazione del fabbisogno regionale (assistenza semiresidenziale)	31/03/2024	DCA	Si/no		
	4.5.1.2 Autorizzazione ed accreditamento delle strutture individuate	31/03/2024	Determinazione/DCA	Si/no		
	4.5.1.3 Contrattualizzazione delle strutture residenziali e semiresidenziali determinate sulla base del fabbisogno regionale	30/06/2024	Provvedimento ASReM	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						

4.6 Assistenza alle persone disabili

Alla luce del DPCM del 12 gennaio 2017 la Regione Molise ha adottato il DCA 57/2020 che stabilisce le tariffe per le prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti e disabili ed i setting assistenziali.

Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il SSR garantisce alle persone di ogni età con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, trattamenti riabilitativi a carattere intensivo, estensivo e di mantenimento previa valutazione multidimensionale, presa in carico e progetto riabilitativo individuale (PRI) che definisca le modalità e la durata del trattamento.

In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alla gravità delle condizioni degli ospiti, le strutture residenziali socio-riabilitative possono articolarsi in moduli, differenziati in base alla tipologia degli ospiti:

- 1) disabili in condizioni di gravità che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare;
- 2) disabili che richiedono moderato impegno assistenziale e tutelare.

I trattamenti semiresidenziali si articolano nelle seguenti tipologie:

a) trattamenti di riabilitazione estensiva rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera; la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 60 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo;

b) trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, anche in laboratori e centri occupazionali.

Con DCA n.3/2022 sono stati già definiti i limiti massimi di spesa delle prestazioni sanitarie afferenti alla macroarea della riabilitazione e dell'assistenza sociosanitaria erogate dagli operatori privati accreditati e acquisibili dal SSR per l'anno 2022. Anche nell'area della disabilità, come rilevabile dalla *Tabella - Posti letto residenziali per assistenza ai disabili (art. 34 DPCM 2017)* sotto riportata, pur in presenza di un congruo numero di posti letto accreditati, l'effettiva disponibilità è limitata a causa dei vincoli di spesa che impediscono di contrattualizzare ulteriori posti letto. Il quadro di contesto, propedeutico allo sviluppo ed alla simulazione del modello di stima dei fabbisogni e l'analisi dei consumi effettivi, sono resi difficoltosi dall'assenza di un flusso informativo specifico che permetta il tracciamento dei volumi di assistenza ricevuta dai residenti in termini di utenti e prestazioni.

Di seguito si riporta la situazione attuale dei posti letto per assistenza a disabili fisici:

Tabella: Dotazione di PL in strutture residenziali per l'assistenza ai disabili fisici

Dotazione di posti letto residenziali - Assistenza Disabili Fisici				
Distretto	POSTI LETTO CONTRATTUALIZZATI			
	RD1	RD2	RD3	Totale
Isernia		14	79	93
Campobasso	6	38		44
Termoli		45		45
	6	97	79	182

Fonte: Dati A.S.Re.M.

Tabella: Dotazione di PL in strutture semiresidenziali per l'assistenza ai disabili fisici

Dotazione di posti letto semiresidenziali - Assistenza Disabili Fisici	
Distretto	POSTI LETTO CONTRATTUALIZZATI
Campobasso	19
Isernia	16
Termoli	13
TOTALE POSTI LETTO	48

Fonte: Dati A.S.Re.M.

Il fabbisogno di posti letto per il periodo 2023-2025 sarà stimato ponendosi come obiettivo innanzitutto la revisione degli accreditamenti esistenti, al fine di renderli rispondenti alle tipologie assistenziali delineate dalla normativa nazionale. L'assegnazione dei budget terrà conto della mobilità passiva per setting assistenziale e della possibilità di recupero nel rispetto del principio di libera scelta del cittadino. Nel prossimo biennio è prevista una riqualificazione della rete territoriale mirata al potenziamento dell'offerta dei posti letto residenziali e semiresidenziali per le non autosufficienze e le disabilità. La definizione del fabbisogno è rinviata al Documento Unico di Riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale, di cui al DCA n. 20/2024.

4.6.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 4.6.1 Potenziamento dell'offerta dei posti letto residenziali e semiresidenziali

Azione 4.6.1.1 Adozione del DCA di riorganizzazione della rete territoriale: potenziamento dell'offerta dei posti letto residenziali e semiresidenziali

Indicatore 4.6.1.1 DCA

Obiettivo 4.6.2 Potenziamento dell'attività di controllo e validazione dei flussi informativi afferenti all'assistenza territoriale

Azione 4.6.2.1 Potenziamento dell'attività di controllo e validazione dei flussi informativi afferenti all'assistenza territoriale

Indicatore 4.6.2.1 Report trimestrale

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
4.6.1 Potenziamento dell'offerta dei posti letto residenziali e semiresidenziali	4.6.1.1 Adozione del DCA di riorganizzazione della rete territoriale: potenziamento dell'offerta dei posti letto residenziali e semiresidenziali	31/03/2024	DCA	Si/no	nd	
4.6.2 Potenziamento dell'attività di controllo e validazione dei flussi informativi afferenti all'assistenza territoriale	4.6.2.1 Potenziamento dell'attività di controllo e validazione dei flussi informativi afferenti all'assistenza territoriale	30/06/2024	Report trimestrale	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						

4.7 Specialistica ambulatoriale

In Molise vengono erogate circa 3,8 milioni di prestazioni ambulatoriali annue per un valore di circa 73 milioni di euro per prestazioni regionali ed extraregionali, articolate in base alle differenti branche di offerta regionale e suddivise tra sistema pubblico e sistema dei privati accreditati (fonte sistema TS SOGEI 2021).

Distribuzione della spesa per tipologia di struttura - cumulo

Periodo: 2021

			Pubblici					Privati									
numero ricette	numero prestazio ni	spesa netta	ticket (**)			spesa lorda	numero ricette	numero prestazio ni	spesa netta		ticket (**)			spesa lorda			
	N°	€	TOT €	di cui ticket franchigia €6	di cui ticket quota fissa per ricetta			N°	€	Δ %	TOT €	di cui ticket franchigia €6	di cui ticket quota fissa per ricetta				
100	Molise	Lista laboratori	628.988	2.475.884	14.757.800	3.753.964	2.942.051	811.913	18.511.764	381.506	1.285.735	58.273.042	42,64%	3.576.454	2.899.526	676.928	61.849.497
Totale			628.988	2.475.884	14.757.800	3.753.964	2.942.051	811.913	18.511.764	381.506	1.285.735	58.273.042	42,64%	3.576.454	2.899.526	676.928	61.849.497

(**) Franchigia a carico dell'assistito ed eventuali contributi regionali

Spesa Specialistica - SSN - Mobilità - Dati dichiarati

Dati di sintesi - cumulo

Periodo(*): 2021

Regione	spesa effettuata in regione da residenti in regione (a)		spesa effettuata in regione da non residenti in regione (b)		spesa effettuata fuori regione da residenti in regione (c)		spesa effettuata in regione da non identificati (***) (d)		saldo mobilità (b-c)		totale erogato Regione (****) (a+b+d)	
	numero prestazioni	spesa netta	numero prestazioni	spesa netta	numero prestazioni	spesa netta	numero prestazioni	spesa netta	numero prestazioni	spesa netta	numero prestazioni	spesa netta
140 Molise	3.237.409	34.172.114	514.618	38.702.093	316.698	7.352.516	8.926	142.285	197.920	31.349.577	3.760.953	73.016.49
Totale	3.237.409	34.172.114	514.618	38.702.093	316.698	7.352.516	8.926	142.285	197.920	31.349.577	3.760.953	73.016.49

(*) I dati di spesa si riferiscono alla data di utilizzo della ricetta

(***) Assistiti per cui il sistema non riesce ad identificare l'ASL di competenza

****) Dal totale erogato in regione viene esclusa la spesa effettuata da stranieri

I valori contenuti nella tabella sopra riportata, percentualmente rilevanti in relazione alla popolazione residente anno 2021, impongono che la progettazione del sistema di offerta complessiva di servizi specialistici regionali risulti calibrata sul fabbisogno di prestazioni annue, nonché sulla base della capacità produttiva del sistema pubblico (attrezzature, spazi, personale) affinché lo stesso sia in grado di:

rispondere tempestivamente alla domanda dell'utenza;

rispettare tempi di attesa per visite ed esami urgenti, urgenti differibili e programmabili secondo le indicazioni fornite dal Piano Nazionale di Governo dei Tempi di Attesa per il triennio 2019-2021;

appoggiarsi su un sistema tariffario a livello regionale, elaborato in relazione alla specificità delle prestazioni erogate nonché alle dinamiche dell'offerta e della domanda.

Il delta (non erogabile) tra offerta sanitaria pubblica e fabbisogno dell'utenza esterna (regionale ed extra regionale) dovrà essere assicurato attraverso il ricorso al privato accreditato, in relazione a quelle branche per le quali l'offerta pubblica risulti maggiormente carente e/o non direttamente sufficiente.

Diventa essenziale, a tal proposito, basare qualsiasi forma di progettazione del sistema di offerta specialistica ambulatoriale a livello regionale sull'indagine preventiva del fabbisogno espresso dalla popolazione in considerazione dell'attuale "dimensionamento" delle strutture pubbliche e private, alla loro collocazione geografica ed al grado di specializzazione.

La Regione Molise intende, pertanto, procedere ad una definizione del fabbisogno per il triennio 2023-2025 sulla base delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nel corso dell'esercizio 2021 e distinte tra:

- prestazioni erogate nell'ambito del sistema pubblico su residenti;
- prestazioni erogate nell'ambito del sistema privato su residenti;

- prestazioni in mobilità attiva a pazienti extra regionali;
- prestazioni in mobilità passiva a pazienti residenti in Molise, erogate presso strutture di altre regioni.

Particolari focus saranno effettuati sulle attività di diagnostica per immagini in considerazione della presenza in Regione di numerose strutture pubbliche e private accreditate eroganti tali prestazioni.

In particolare, verranno attivate azioni nei confronti sia dell'ASReM che del privato accreditato come di seguito rappresentate.

Azioni di assesment nei confronti di ASReM:

- analisi della capacità produttiva di ASReM in termini di forza lavoro impegnata al fine di verificare la necessità di un potenziamento della dotazione organica per far fronte alla domanda di pazienti residenti;
- assesment tecnologico sulle attrezzature presenti in Azienda e sulla relativa capacità produttiva cui sono correlate le attività di potenziamento tecnologico previste con il PNRR;
- valutazione della produzione ASReM nei confronti dell'utenza esterna nonché delle attività di "servizio" dedicate dai reparti ospedalieri a pazienti ricoverati (c.d. prestazioni intermedie);
- valutazione della domanda e della offerta di prestazioni di radioterapia, attualmente erogate in regione da un'unica Struttura accreditata .

Azioni nei rapporti con gli erogatori privati:

- valutazione della complessiva capacità produttiva dei privati regionali per branca di erogazione, anche in relazione alla specializzazione dei centri privati regionali;
- individuazione delle eventuali branche di offerta privata nei confronti delle quali ASReM presenta una capacità produttiva carente, al fine di valutare se acquistare parte della produzione verso pazienti regionali non soddisfatta da ASReM;
- accordi con i fornitori per regolare l'eventuale erogazione delle prestazioni verso i pazienti regionali;
- definizione di accordi di confine per regolare la mobilità passiva extra regionale nei confronti delle regioni confinanti che presentano saggi di attrazione maggiori.

Definizione tariffe per prestazioni di specialistica ambulatoriale

Il DPCM 12 gennaio 2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", pubblicato nella G.U. n. 65 del 18 marzo 2017, ai sensi dell'articolo 1, comma 559, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, include i nuovi nomenclatori dell'assistenza specialistica ambulatoriale (Allegato 4). L'articolo 64 del citato decreto, commi 2 e 3, prevede che "le disposizioni in materia di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui agli articoli 15 e 16 e relativi allegati, entrano in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi ai sensi dell'articolo 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni".

Nelle more dell'approvazione del Decreto per la definizione delle tariffe, la cui bozza è stata già trasmessa alle Regioni, l'obiettivo che si intende raggiungere mira alla stesura ed alla definizione del Nomenclatore Regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, in linea con le prestazioni contenute nell'Allegato 4 del DPCM 2017, le cui tariffe massime costituiscono un limite invalicabile per la Regione nel rispetto delle disposizioni contenute all'art. 5 –

“Disposizioni finali e transitorie” del citato Schema di decreto con riguardo alle regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni.

Nella stesura del Nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale (Allegato 4) approvato con DPCM 2017 è stata dedicata particolare attenzione all'appropriatezza clinica. Diventa, infatti, obbligatorio per il medico prescrittore riportare sulla ricetta la diagnosi o il sospetto diagnostico (art. 15, comma 1). Inoltre, sono state introdotte condizioni di erogabilità e indicazioni alla prescrizione appropriata per prestazioni ad alto costo o a rischio di uso inappropriato con l'introduzione di prestazioni “reflex”, vale a dire prestazioni composte da 2 accertamenti diagnostici o clinici dei quali il secondo viene eseguito solo se l'esito del primo lo richiede. Pertanto, per numerose prestazioni, soprattutto nel settore della diagnostica per immagini e nel laboratorio, sono state individuate “indicazioni di appropriatezza prescrittiva” utili ad orientare l'attività prescrittiva dei medici verso un utilizzo appropriato delle stesse (art.16, comma 2); per un numero più ridotto di prestazioni, sono state individuate “condizioni di erogabilità” di carattere vincolante ai fini dell'inclusione nei LEA (art.16, comma 1).

Particolare attenzione verrà, dunque, dedicata al controllo dell'appropriatezza prescrittiva con attività di formazione e monitoraggio rivolta ai medici prescrittori ed alla implementazione della procedura di controllo delle prestazioni erogate.

4.7.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 4.7.1 Adozione Nomenclatore Regionale

Azione 4.7.1.1 Definizione prestazioni e tariffe

Indicatore 4.7.1.1 DCA

Azione 4.7.1.2 Attivazione Nomenclatore Regionale

Indicatore 4.7.1.2 DCA

Obiettivo 4.7.2 Definizione dell'offerta regionale per prestazioni di specialistica ambulatoriale

Azione 4.7.2.1 Completa integrazione strutture private nel Cup Unico Regionale

Indicatore 4.7.2.1 DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
4.7.1 Adozione Nomenclatore Regionale	4.7.1.1 Definizione prestazioni e tariffe	31/12/2023	DCA	Si/no		
	4.7.1.2 Attivazione Nomenclatore Regionale	31/03/2025	DCA	Si/no		
4.7.2 Definizione dell'offerta regionale per prestazioni di specialistica ambulatoriale	4.7.2.1 Completa integrazione strutture private nel Cup Unico Regionale	30/06/2024	DCA	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						

4.8 Salute Mentale

Il Dipartimento di salute mentale (DSM) è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda Sanitaria.

Il DSM è dotato dei seguenti servizi:

- i Centri di Salute Mentale (CSM), servizi territoriali;
- i Centri Diurni (CD), servizi semiresidenziali;
- i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e i Day Hospital (DH), ospedalieri;
- Strutture Psichiatriche Residenziali (SR) distinte in Intensive, Estensive e residenze socioterapeutico-riabilitative.

La rete territoriale dei servizi di salute mentale è stata storicamente e compiutamente organizzata a partire dalla Legge Regionale per la Tutela della Salute Mentale n. 30/2002 e successivi atti regolamentari (Gazzetta Ufficiale, 3a Serie Speciale n. 16 del 17-4-2004) nonché mediante l'attuazione di atti di programmazione adottati a livello di Conferenza Stato-Regioni e recepiti dalla Regione Molise con Deliberazioni di Giunta coerenti con gli atti normativi.

L'Accordo Stato-Regioni del 17.10.2013 recepito dalla Regione Molise con Delibera di Giunta n.109 del 18.03.2014, si pone l'obiettivo prioritario della *"Differenziazione dell'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa"*, al fine di promuovere *"una residenzialità funzionale a percorsi individualizzati e strutturata sia per intensità di trattamento (dal trattamento intensivo al sostegno socio riabilitativo) sia per programmi e tipologie di intervento correlati alla patologia ed alla complessità dei bisogni"*.

La materia della Salute Mentale è stata oggetto nel corso degli ultimi anni ed ancora oggi, di numerosi contenziosi con le strutture private accreditate, i cui esiti hanno portato all'annullamento dei Documenti di programmazione regionale in materia adottati.

La revisione dell'organizzazione della residenzialità va vista come un intervento non isolato, ma collocato in un contesto in cui il sistema pone al centro il progetto di vita della persona affetta da patologia psichiatrica, con l'obiettivo di ricomporre un percorso frammentato di misure e sostegni disponibili, integrando la gestione delle risorse economiche, delle istituzioni, delle famiglie, della comunità locale, dentro una logica collaborativa e abilitante.

Le linee programmatiche nazionali in materia di *"Budget della salute"* approvate dalla Conferenza Unificata in data 06.07.2022 - Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Autonomie locali sul documento recante *"Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti"* - pongono in evidenza come l'obiettivo degli interventi debba essere quello di favorire la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili formali e informali, come alternativa o evoluzione dell'assistenza residenziale. In tal modo si mira a contrastare e, se possibile, a prevenire la cronicizzazione, l'isolamento e lo stigma della persona con disturbi mentali, creando un legame tra il Sistema di Cura ed il Sistema di Comunità, finalizzato ad un utilizzo appropriato ed integrato delle risorse di entrambi.

Al riguardo, è utile ricordare che gli artt. 26 e 33 del DPCM 12 gennaio 2017 indicano come livelli essenziali di assistenza (LEA) gli interventi finalizzati all'inclusione sociale, al mantenimento delle abilità e al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa. Il sistema della residenzialità va quindi rivisto con l'obiettivo di favorire una progressione evolutiva dell'utente, da un setting di cure più intenso ad uno più leggero, in correlazione con lo sviluppo del percorso riabilitativo.

Tale percorso si snoda attraverso:

- una valutazione multidimensionale del bisogno al momento dell'accesso ai servizi della persona affetta da patologia psichiatrica, che coinvolga tutte le figure che hanno competenza specifica nel trattamento della stessa;
- un coinvolgimento nella programmazione delle fasi di cura dell'utente stesso, della famiglia, della comunità locale a cui lo stesso appartiene;
- la ricerca di una soluzione che garantisca il più possibile il mantenimento della rete di contatti familiari e sociali del soggetto, al fine di agevolarne il processo di risocializzazione e di reinserimento nella comunità, conciliando le esigenze di cura con la facoltà di scelta del luogo di cura;
- l'attivazione, in alternativa alla scelta residenziale, di progetti terapeutici individualizzati finalizzati a supportare l'utente al proprio domicilio (assegno di cura, borse lavoro, etc.);

- l'attivazione, all'interno delle strutture residenziali, di progetti finalizzati al potenziamento delle abilità e all'inclusione sociale che prevedano anche l'utilizzo di strumenti di inserimento lavorativo;
- il coinvolgimento con Associazioni ed Enti del terzo settore in attività di co-programmazione e coprogettazione dando anche attuazione a quanto previsto dall'art. 55 del DL del 3 luglio 2017 n. 177.

La Regione, nell'ottica della programmazione della rete della salute mentale, intende presentare la proposta di rivalutazione del Regolamento regionale di attuazione della L.R. 30/2002 per attualizzarlo alle disposizioni contenute negli atti normativi nazionali che disciplinano detta tipologia assistenziale (D.lgs. 502/92 e ss.mm.ii., DPCM 12/01/2017)

Il Documento Unico di Riorganizzazione della Rete della Salute Mentale disciplina la nuova organizzazione territoriale residenziale e semiresidenziale prevedendo, altresì, attivazioni sperimentali di nuove strutture e di nuove attività (Assistenza Domiciliare Psichiatrica) per rispondere all'aumentato fabbisogno psichiatrico diversificato.

Si riporta la situazione attuale dei posti letto residenziali e semiresidenziali per l'assistenza psichiatrica:

Tabella: Dotazione di PL in strutture residenziali e semiresidenziali per l'assistenza psichiatrica

Assistenza Psichiatrica	Totale PL
Dotazione di posti letto residenziali	138
Dotazione di posti letto semiresidenziali	39
TOTALE DOTAZIONE ATTUALE ASSISTENZA PSICHIATRICA	177

Fonte: Dati A.S.Re.M.

Con DCA n.101/2021 e n.14/2022 sono state rideterminate le tariffe per le prestazioni residenziali ed i Centri diurni.

La riorganizzazione delle strutture della rete di residenzialità psichiatrica prevederà, da un lato, la riconduzione dell'offerta esistente agli standard nazionali, e dall'altro, la ricollocazione dei pazienti attualmente ospitati presso le strutture che saranno interessate alla riorganizzazione, secondo un percorso assistenziale personalizzato, accompagnato dalle equipe multidisciplinari delle Unità di Valutazione Multidimensionale. Con il nuovo modello assistenziale i pazienti non più necessitanti di riabilitazione psichiatrica ad alta intensità assistenziale potranno avere a disposizione nuove strutture di residenzialità cosiddetta "*leggera*" ossia socio-riabilitativa; inoltre, per i pazienti che presentino date caratteristiche, è previsto, tramite la disposizione di appositi piani, il graduale reinserimento nella vita sociale.

La diversificazione dell'offerta di residenzialità psichiatrica verrà attuata attraverso la riorganizzazione per livelli di intensità di intervento terapeutico-riabilitativo delle attuali strutture consentendo una rimodulazione dei posti letto sulla base dell'effettiva domanda sanitaria e sociosanitaria. Saranno, inoltre, potenziati, i Centri diurni con aumento dei posti attualmente previsti. I bisogni psicogeriatrici e di disabilità intellettiva, attualmente di competenza del Dipartimento di Salute Mentale, saranno ricondotti nell'alveo dell'assistenza distrettuale, dando, pertanto, l'opportunità di sopperire al fabbisogno di posti letto psichiatrico non soddisfatto in regione per portatori di doppia diagnosi, disturbi di personalità ed autori di reato che sono oggetto di forte mobilità passiva.

Autismo

L'autismo rientra in quelli che vengono definiti "*disturbi pervasivi dello sviluppo*", un insieme di disturbi complessi comprendenti, tra gli altri, la sindrome di Asperger, il disturbo pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato (complessivamente definiti come disturbi dello spettro autistico), che possono manifestarsi con gradi variabili di gravità. Si tratta di disturbi che dipendono da un alterato sviluppo del cervello. Chi ne è affetto presenta problemi di interazioni sociali, problemi di comunicazione (verbale e non) e comportamenti ripetitivi. Possono essere inoltre presenti disabilità intellettiva, alterazioni della coordinazione motoria, disturbi gastro- intestinali.

La legge n. 134/2015 "*Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie*", ha previsto interventi finalizzati a garantire la tutela della salute, il miglioramento delle condizioni di vita e l'inserimento nella vita sociale delle persone con disturbi dello spettro autistico. La legge n. 134

ha inoltre previsto l'inserimento, nella fase di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, delle prestazioni relative alla diagnosi precoce, alla cura e al trattamento individualizzato di questi disturbi; aggiornamento effettivamente avvenuto nell'ambito del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 (c.d. Nuovi LEA) che, all'art. 60, ha disposto l'aggiornamento almeno triennale delle Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico del 2012. Anche nell'intento di realizzare gli obiettivi, le finalità e gli interventi previsti dall'Intesa Stato Regioni 2018 recante *"Aggiornamento delle linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei disturbi dello spettro acustico"*, recepita con DCA n. 13/2019, la Regione Molise si ripropone un potenziamento della Rete dei Servizi per la diagnosi, la cura e la presa in carico globale della persona. Ciò anche attraverso la promozione e lo sviluppo di un sistema integrato dei servizi sanitari, sociali ed educativi, progetti formativi per l'aggiornamento delle figure professionali afferenti l'ambito sanitario, sociale ed educativo sia nell'età evolutiva che adulta.

I percorsi di diagnosi e cura per i minori affetti da disturbo dello spettro autistico avvengono nell'ambito del Servizio di Neuropsichiatria Infantile della ASREM. Tale Servizio rappresenta un punto di riferimento per la diagnosi e cura dei disturbi neuropsichiatrici e psicologici di pazienti di età compresa fra 0 e 18 anni, ivi compresi i minori affetti da disturbo dello spettro autistico.

Particolare rilevanza assume l'effettuazione di una specifica modalità di screening per l'ASD all'interno di un percorso di sorveglianza attiva per i disturbi del neurosviluppo per tutti i bambini nel periodo ricompreso tra i 18 e i 24 mesi che appare in grado di anticipare l'età in cui verrà effettuata la diagnosi e conseguentemente facilitare una presa in carico tempestiva dei bambini con ASD nel servizio di NPIA.

Una precoce identificazione e un tempestivo accesso ai servizi sanitari e sociosanitari dei bambini con ASD risultano essenziali per poter assicurare l'avvio di interventi mirati, basati sulle evidenze scientifiche e in grado di favorire una positiva evoluzione, un'adeguata inclusione sociale e il miglioramento della qualità della vita anche per i loro familiari. Un'attività di screening in grado di individuare i soggetti a rischio per ASD e/o disturbi del neurosviluppo sarà implementata in maniera tale da migliorare anche la modalità di comunicazione e la concreta possibilità di collaborazione tra pediatra di libera scelta e servizio specialistico di NPIA, per rafforzare le modalità di percorso di presa in carico clinico ed una sinergica collaborazione dei servizi specialistici con la medicina territoriale. È fondamentale garantire che il percorso diagnostico di base, che fa seguito allo screening, possa avvenire in modo appropriato, omogeneo e tempestivo in tutto il territorio regionale, nell'ottica di una adeguata equi fruibilità delle risposte.

A questo fine appare necessario che nel Servizio di Neuropsichiatria Infantile a valenza regionale venga strutturato un Nucleo Funzionale Autismo (NFA) – équipe multidisciplinare di operatori con formazione e competenze specifiche nell'ambito della diagnosi precoce e dell'intervento nei disturbi dello spettro autistico - dotata di tutti i materiali psicodiagnostici opportuni.

I servizi per l'età adulta non presentano ad oggi un riferimento univoco come invece vi è nell'area dell'età evolutiva. In età adulta, infatti, le persone con ASD possono essere seguite in ambito sociosanitario e sociale, mentre per la parte relativa alle comorbidità psicopatologiche, la competenza è in capo ai servizi di psichiatria dell'adulto.

La rete dei servizi è arricchita da numerosi progetti, di iniziativa regionale e nazionale, specificatamente dedicati a minori con ASD che hanno consentito di sperimentare interventi innovativi, di potenziare la formazione, di migliorare la qualità dei percorsi.

L'assenza di una risposta dedicata semiresidenziale e residenziale per persone autistiche in età evolutiva ed adulte con grave disabilità rappresenta un importante nodo critico della rete.

Sul territorio regionale, attualmente, non sono presenti Centri Specialistici per soggetti autistici accreditati con il SSR. Si rende necessario, pertanto, prevedere interventi atti a garantire una risposta ai bisogni espressi attraverso la individuazione di strutture rispondenti agli standard assistenziali ed organizzativi.

La riorganizzazione regionale è prevista nel "Documento Unico di programmazione della Rete Territoriale".

Disturbi alimentari

Nel campo dei disturbi dell'alimentazione, il Ministero della Salute in data 29 Settembre 2017 ha pubblicato le *"Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione"*. La problematica dei Disturbi Alimentari (DA) è un problema di sanità pubblica di crescente importanza dal momento che, sia per l'anoressia che per la bulimia, negli ultimi decenni, c'è stato un notevole abbassamento dell'età dell'esordio. L'esordio precoce si associa spesso ad un rischio elevato di danni permanenti, secondari alla malnutrizione, soprattutto perché i tessuti non hanno ancora raggiunto una piena maturazione, come le ossa e il Sistema Nervoso Centrale. Si rende quindi indispensabile essere preparati ad attuare interventi precoci, adottando strumenti di valutazione nutrizionale adeguati all'età e tecniche terapeutiche che siano efficaci per pazienti in età adolescenziale. Risulta poi fondamentale mantenere la

continuità terapeutica e programmare attività con equipe multidisciplinari.

L'obiettivo di Regione Molise è quello di recepire a livello regionale le linee guida nazionali Ministero della Salute e di attuare specifici percorsi a livello territoriale. Uno dei problemi più rilevanti è il continuo abbassamento dell'età di insorgenza dei disturbi del comportamento alimentare che giungono all'osservazione dei servizi di Salute Mentale senza che gli stessi abbiano potuto operare una presa in carico congiunta tra la Neuropsichiatria Infantile e il Dipartimento di Salute Mentale. Di conseguenza il primo obiettivo è l'elaborazione di un PDTA tra il Distretto Sanitario, la Neuropsichiatria Infantile e il Dipartimento di Salute Mentale adulti per favorire la presa in carico congiunta già in minore età, nonché la continuità terapeutica. Inoltre, si rende necessaria, la presa in carico dei grandi obesi.

La riorganizzazione regionale è prevista nel "Documento Unico di programmazione della Rete Territoriale".

Disabilità intellettive

Un settore che non ha mai ricevuto sufficiente attenzione è quello delle problematiche delle disabilità intellettive, primarie o secondarie ad altre patologie e la copresenza di disturbi psichiatrici con le cosiddette psicosi di innesto. Anche per questa problematica come suggerito dal Documento della Conferenza Stato-regione recepito con Delibera Regionale n. 109 del 18.03.2014 è possibile sperimentare percorsi specifici. il primo obiettivo è l'elaborazione di un PDTA tra il Distretto Sanitario e il Dipartimento di Salute Mentale adulti per favorire la presa in carico congiunta.

La riorganizzazione regionale è prevista nel "Documento Unico di programmazione della Rete Territoriale".

4.8.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 4.8.1 Ridefinizione della rete della Salute Mentale

Azione 4.8.1.1 Adozione DCA di riorganizzazione della rete della Salute Mentale fino al 2024

Indicatore 4.8.1.1 DCA

Obiettivo 4.8.2 Potenziamento attività di controllo e validazione dei flussi informativi afferenti all'assistenza psichiatrica

Azione 4.8.2.1 Verificare la disponibilità, la completezza, la qualità ed il miglioramento nel tempo dell'acquisizione in NSIS del flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dell'assistenza psichiatrica - SISM

Indicatore 4.8.2.1 Report trimestrale

Obiettivo 4.8.3 Migliorare la modalità di comunicazione e la possibilità di collaborazione tra pediatra di libera scelta e servizio specialistico di NPIA

Azione 4.8.3.1 Realizzazione screening per l'ASD all'interno di un percorso di sorveglianza attiva per i disturbi del neurosviluppo per tutti i bambini nel periodo ricompreso tra i 18 e i 24 mesi

Indicatore 4.8.3.1 Provvedimento ASReM

Obiettivo 4.8.4 Garantire la presa in carico congiunta dell'utente tra DSB, NPIA e Dipartimento di Salute mentale

Azione 4.8.4.1 Adozione PDTA per la cura dell'autismo

Indicatore 4.8.4.1 DCA di adozione

Azione 4.8.4.2 Adozione PDTA per la presa in carico dei grandi obesi

Indicatore 4.8.4.2 DCA di adozione

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
4.8.1 Ridefinizione della rete della Salute Mentale	4.8.1.1 Adozione DCA di riorganizzazione della rete della Salute Mentale fino al 2024	31/03/2024	DCA	Si/no		
4.8.2 Potenziamento attività di controllo e validazione dei flussi informativi afferenti all'assistenza psichiatrica	4.8.2.1 Verificare la disponibilità, la completezza, la qualità ed il miglioramento nel tempo dell'acquisizione in NSIS del flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dell'assistenza psichiatrica - SISM	30/06/2024	Report trimestrale	Si/no		
4.8.3 Migliorare la modalità di comunicazione e la possibilità di collaborazione tra pediatra di libera scelta e servizio specialistico di NPIA	4.8.3.1 Realizzazione screening per l'ASD all'interno di un percorso di sorveglianza attiva per i disturbi del neurosviluppo per tutti i bambini nel periodo ricompreso tra i 18 e i 24 mesi	31/12/2024	Provvedimento ASReM	Si/no		
4.8.4 Garantire la presa in carico congiunta dell'utente tra DSB, NPIA e Dipartimento di Salute mentale	4.8.4.1 Adozione PDTA per la cura dell'autismo	31/12/2023	DCA di adozione	Si/no		
	4.8.4.2 Adozione PDTA per la presa in carico dei grandi obesi	30/09/2024	DCA di adozione	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						

4.9 Dipendenze patologiche

All'interno dell'Area della Salute Mentale, ai sensi della Legge 79/2014, di modifica di alcuni articoli del D.P.R. 309/90, Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, che disciplina il cambio di denominazione, sono presenti i Servizi per le Dipendenze (Ser.D.).

L'assistenza alle persone tossicodipendenti è garantita su tutto il territorio nazionale in quanto rientra nei LEA ed è assicurata da un sistema integrato di servizi. Questo sistema, che si occupa di prevenzione, diagnosi, trattamento, riduzione del rischio e del danno, reinserimento/riabilitazione, coinvolge numerosi attori su diversi livelli: il Sistema Sanitario Nazionale, attraverso i Servizi per le Dipendenze (Ser.D.) delle Aziende Sanitarie Locali, gli enti del Terzo Settore e il mondo del volontariato e dell'associazionismo. Ormai da tempo i servizi per le dipendenze, pubblici e privati tra loro fortemente interconnessi e integrati, non risultano più dedicati al trattamento esclusivo (o quasi) di pazienti con disturbo da uso di sostanze e soprattutto da dipendenza da eroina. A questi servizi, infatti, si rivolgono persone affette da disturbi correlati sia al consumo delle sostanze psicoattive, da eroina, cocaina, cannabis, nuove sostanze, ad alcol, tabacco e psicofarmaci, sia ad altre forme di dipendenze e/o problematicità comportamentali, che vanno dal gioco d'azzardo, uso compulsivo di internet, social network, gaming a disturbi alimentari, shopping compulsivo, sex-addiction, ecc., sia alla comorbidità psichiatrica.

Il sistema dei servizi regionali si articola in:

- servizi ambulatoriali;
- servizi semi-residenziali/diurni, residenziali e specialistici.

I servizi ambulatoriali per le dipendenze pubblici (Ser.D.) presenti anche all'interno degli istituti penitenziari sia in forma strutturata sia come equipe specialistica, offrono consulenza e assistenza specialistica medico-sanitaria e psicologica attraverso l'attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi e farmacologici rivolti sia ai consumatori sia ai familiari.

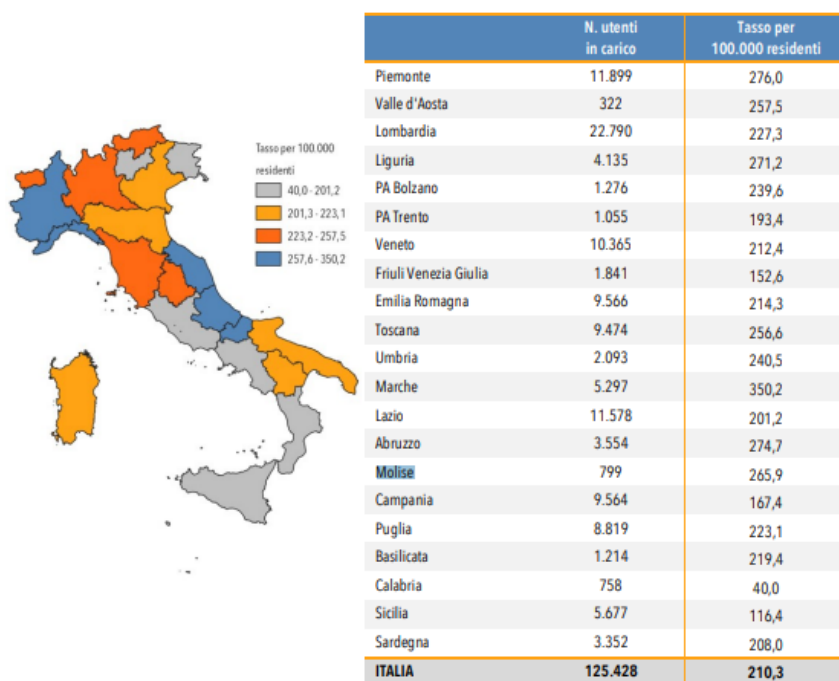
Nella Regione Molise sono presenti 6 servizi ambulatoriali pubblici nelle province di Campobasso, Isernia e Termoli e 3

equipe operanti nelle carceri di Campobasso, Isernia e Larino.

I servizi ambulatoriali garantiscono la disponibilità di attività di case management e counselling, di trattamenti psicosociali, trattamenti farmacologici sostitutivi e l'inserimento, ove necessario, presso comunità terapeutiche.

Per quanto riguarda la presenza di strutture terapeutiche residenziali, in ambito regionale sono presenti 4 strutture, di cui tre accreditate ed una autorizzata, articolate in diverse tipologie sulla base delle caratteristiche dell'utenza trattata e dei programmi trattamentali offerti, generalmente integrati con quelli erogati dai servizi ambulatoriali.

Non sono presenti strutture semiresidenziali diurne.



Fonte: SIND - Anni 2019-2020

Figura-Distribuzione regionale numero utenti SerD e tasso per 100.000 residenti

Il SSR deve essere in grado di proporre risposte complesse a bisogni sempre più complessi e articolati. In tale contesto, occorre definire una strategia tesa a implementare e potenziare il servizio pubblico, adottando una modalità di intervento che privilegi la valutazione multidimensionale del bisogno, i percorsi terapeutici integrati, il raccordo con le ulteriori realtà del territorio, nel rispetto di una logica di rete, con strutturazione di protocolli di presa in carico globale.

Il settore prevenzione e cura della Dipendenza garantisce la programmazione, la gestione, la verifica e la valutazione degli interventi e delle azioni rivolte alle dipendenze patologiche nell'ambito della tutela della salute, della prevenzione, della socio-riabilitazione e della riduzione dei danni e dei rischi per le dipendenze patologiche.

I Ser.D. principali sono previsti nelle corrispondenti sedi distrettuali di Campobasso, Isernia e Termoli, ma in base alle esigenze del bisogno di salute della popolazione e nel rispetto della diversità geomorfologica del territorio, sono attive anche sedi secondarie dislocate presso i Comuni ex sede di Distretto sanitario (Venafro, Agnone, Larino).

Il Ser.D. è una struttura socio-sanitaria incentrata sui bisogni dell'utente ed è costituito da un'equipe multidisciplinare che, al fine di assicurare la copertura del fabbisogno multidimensionale che prende in carico in maniera sempre più estensiva anche dipendenza comportamentali, dovrà avere a disposizione un numero congruo di operatori proporzionali agli abitanti del Distretto di riferimento e agli utenti in carico.

È intenzione della Struttura Commissariale assicurare l'attività di prevenzione delle Dipendenze attraverso l'azione progettuale e mirata dei Ser.D, anche attraverso l'impiego di risorse nazionali specifiche extra dotazione ordinaria.

4.9.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 4.9.1 Ridefinizione della rete territoriale in coerenza con il DM 77/2022: riorganizzazione del servizio per le dipendenze patologiche

Azione 4.9.1.1 Adozione DCA di riorganizzazione della rete territoriale

Indicatore 4.9.1.1 DCA di riorganizzazione della rete territoriale

Obiettivo 4.9.2 Adozione del Piano delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione del GAP

Azione 4.9.2.1 Adozione del Piano delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione del GAP

Indicatore 4.9.2.1 DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
4.9.1 Ridefinizione della rete territoriale in coerenza con il DM 77/2022: riorganizzazione del servizio per le dipendenze patologiche	4.9.1.1 Adozione DCA di riorganizzazione della rete territoriale	31/03/2024	DCA di riorganizzazione della rete territoriale	Si/no		
4.9.2 Adozione del Piano delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione del GAP	4.9.2.1 Adozione del Piano delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione del GAP	31/03/2024	DCA			
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						

4.10 Cure palliative e terapia del dolore

Il DPCM del 12/01/2017 prevede che gli interventi in ambito palliativo possono essere erogati in ospedale (sia sotto forma di consulenze ai reparti di ricovero, sia in ambulatorio), al domicilio o in hospice. Nello specifico l'erogazione delle cure palliative, come tutte le prestazioni sociosanitarie disciplinate al Capo IV del DPCM LEA, deve avvenire per percorsi assistenziali integrati (processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa, anche con l'apporto delle autonomie locali) e richiede l'elaborazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI) redatto dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) a seguito della valutazione dei bisogni clinici, funzionali e sociali della persona da prendere in carico.

Questi principi generali hanno una specifica rilevanza per le cure palliative. In particolare, le cure palliative confermate dai LEA escono dall'orizzonte temporale del fine vita, estendendo il loro ambito di applicazione alle fasi precoci della malattia inguaribile a evoluzione sfavorevole.

Il DPCM LEA prevede l'erogazione delle cure palliative in diversi setting assistenziali, tra i quali:

- l'assistenza specialistica ambulatoriale, ai sensi del nomenclatore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, rientrano tra i LEA le visite multidisciplinari per le cure palliative, inclusa la stesura del PAI e le visite di controllo per la sua rivalutazione;
- le cure palliative domiciliari, il DPCM LEA dedica grande attenzione a questo setting assistenziale, specificando che *“sono da privilegiare gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio”*. Il DPCM chiarisce, inoltre, che le Cure palliative domiciliari sono erogate dalle Unità di Cure Palliative domiciliari-UCP (UCP-DOM) e non più nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata. Sono, infatti, le UCP-DOM che erogano sia le Cure Palliative di base sia le Cure Palliative specialistiche, garantendo l'unitarietà e

- l'integrazione dei percorsi di cura con un'équipe curante di riferimento;
- l'assistenza residenziale territoriale presso i Centri residenziali di Cure palliative denominati Hospice;
- l'ospedale, dove le Cure Palliative sono citate espressamente per la prima volta. Il DPCM LEA prevede, infatti, che durante le attività di ricovero ordinario sono garantite tutte le prestazioni cliniche, farmaceutiche, strumentali necessarie ai fini dell'inquadramento diagnostico e terapeutico *"includere la terapia del dolore e le cure palliative"*.

Il DM Salute del 6 giugno 2012 istituisce il Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice. Tale flusso rientra tra quelli che compongono il Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute (NSIS) e fornisce informazioni in merito alle prestazioni erogate nel campo delle cure palliative nei presidi ospedalieri e territoriali pubblici e privati accreditati.

L' ASReM garantisce l'offerta di cure palliative a livello sovradistrettuale attraverso l'Unità Operativa di Cure Palliative e Terapia del dolore cui afferiscono tutti i malati candidati a palliazione, verso i quali svolge attività di gestione e programmazione del percorso, garantendo la continuità assistenziale tra ospedale, le cure domiciliari e le strutture residenziali idonee, in particolare nell' Hospice regionale. Il personale lavora in equipe multidisciplinare tra Hospice, domicilio e gli altri setting assistenziali previsti, in maniera uniforme, su tutto il territorio regionale.

L'Hospice costituisce un'alternativa al domicilio quando questo non è, temporaneamente o definitivamente, idoneo ad accogliere la persona malata nella fase terminale della sua vita, permettendo di proseguire così le cure in un ambiente protetto, con trattamento assistenziale continuativo nelle 24 ore, 7 giorni su 7. Allo stato attuale è attivo nell'ASReM un unico Hospice a Larino in provincia di Campobasso, dotato di 16 posti letto e 2 posti di day Hospice (la dotazione è stata aumentata a 24 posti letto).

Tali valori sono approssimativamente in linea con il rapporto di 1 posto letto ogni 56 deceduti a causa di tumore, individuato dal Decreto di febbraio 2007, n. 43, Regolamento recante *"Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell'art. 1, comma 169 della Legge 30/12/2004, n. 311"*.

Descrizione Azienda territoriale	Rete Locale di cure Palliative	Carta dei Servizi via web	Spazio web dedicato alle cure palliative	Percorsi di cura dedicati alle cure palliative
ASREM	Si	Si	Si	Si

Fonte: Agenas - Istruttoria sullo stato di attuazione della legge 38/2010 in materia di rete delle cure palliative

In merito all'organizzazione dell'Hospice, la Regione mostra una organizzazione totalmente pubblica

Descrizione Azienda territoriale	Medico palliativista	Infermiere formato	Psicologo	MMG	Fisioterapista	Ass. sociali	OS	Volontario	Ass. spirituale	Altre figure mediche	Altre figure (Fisiatra, Logopedista, Amministrativo)
ASREM	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO

Tabella-Cure domiciliari

In relazione all'aumento dei posti letto la Struttura Commissariale sta valutando la possibilità di individuare una sede idonea e più funzionale per allocare i 24 posti letto in sostituzione di quella esistente, ovvero adeguare la struttura attuale.

I benefici dei percorsi per le cure palliative includono:

- il miglioramento della qualità della vita dei pazienti terminali, oncologici e non, attraverso un'azione diretta medica, infermieristica, di supporto psicologico e riabilitativo;
- il miglioramento della qualità della vita dei pazienti terminali, oncologici e non, attraverso un'azione indiretta

tramite la formazione dei familiari "caregiver".

- la copertura più capillare del territorio con la possibilità di assistenza al domicilio di casi che, per motivi logistici, possono sfuggire alla rete di assistenza.

Gli indicatori e gli standard da conseguire sono, in primo luogo, quelli minimi fissati dal Ministero della salute con DM n. 43/2007, di seguito riportati e descritti:

- Numero di malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 Cod. 140-208) assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio e/o in Hospice / numero di deceduti per malattia oncologica ($\geq 65\%$);
- Numero posti letto in Hospice: ≥ 1 ogni 56 deceduti a causa di tumore (1,8%);
- Numero di Hospice in possesso dei requisiti di cui al D.P.C.M. 20 gennaio 2000 e degli eventuali specifici requisiti fissati a livello regionale / numero totale di Hospice: = 100%;
- Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (ISTAT ICD9 Cod. 140-208): ≥ 55 giorni x (valore standard n. 01 - 20%);
- Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e l'inizio della presa in carico domiciliare da parte della Rete è inferiore o uguale ai 3 giorni / numero dei malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa ($\geq 80\%$);
- Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e il ricovero in Hospice da parte della Rete è inferiore o uguale a 3 giorni / numero di malati ricoverati e con assistenza conclusa ($\geq 40\%$);
- Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero è inferiore o uguale a 7 giorni / numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica ($\leq 20\%$);
- Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in Hospice è superiore o uguale a 30 giorni / numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica ($\leq 25\%$).

Altri indicatori, oltre ai suddetti minimi richiesti dal Ministero della Salute, sono i seguenti:

- Elaborazione ed attuazione di specifici protocolli formalizzati per tutte le fasi del trattamento in cure palliative, dai presupposti etici, al trattamento dei sintomi clinici fino alla elaborazione del lutto da parte dei familiari;
- Programmi formalizzati per la formazione del personale, dei caregiver domiciliari;
- Programmi finalizzati alla comunicazione ed alla informazione in Cure palliative;
- La fruibilità del servizio in termini di accessibilità alla rete di cure palliative.

4.10.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 4.10.1 Monitoraggio degli standard qualitativi e quantitativi delle strutture dedicate alle cure palliative e della Rete di assistenza ai pazienti terminali

Azione 4.10.1.1 Monitoraggio degli standard qualitativi e quantitativi minimi delle strutture dedicate alle cure palliative e della Rete di assistenza ai pazienti terminali, fissati dal Ministero della salute con DM n. 43/2007

Indicatore 4.10.1.1 Report annuale

Azione 4.10.1.2 Elaborazione ed attuazione di specifici protocolli formalizzati per tutte le fasi del trattamento in cure palliative, dai presupposti etici, al trattamento dei sintomi clinici fino alla elaborazione del lutto da parte dei familiari

Indicatore 4.10.1.2 Provvedimento ASReM

Azione 4.10.1.3 Programmi formalizzati per la formazione del personale, dei caregiver domiciliari

Indicatore 4.10.1.3 Provvedimento ASReM

Azione 4.10.1.4 Programmi finalizzati alla comunicazione e all'informazione in Cure palliative

Indicatore 4.10.1.4 Provvedimento ASReM

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO							
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG	
4.10.1 Monitoraggio degli standard qualitativi e	4.10.1.1 Monitoraggio degli standard qualitativi e quantitativi	31/12/2024	Report annuale	Si/no			

quantitativi delle strutture dedicate alle cure palliative e della Rete di assistenza ai pazienti terminali	minimi delle strutture dedicate alle cure palliative e della Rete di assistenza ai pazienti terminali, fissati dal Ministero della salute con DM n. 43/2007					
	4.10.1.2 Elaborazione ed attuazione di specifici protocolli formalizzati per tutte le fasi del trattamento in cure palliative, dai presupposti etici, al trattamento dei sintomi clinici fino alla elaborazione del lutto da parte dei familiari	31/12/2024	Provvedimento ASReM	Si/no		
	4.10.1.3 Programmi formalizzati per la formazione del personale, dei caregiver domiciliari	31/12/2024	Provvedimento ASReM			
	4.10.1.4 Programmi finalizzati alla comunicazione e all'informazione in Cure palliative	31/12/2024	Provvedimento ASReM	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						

4.11 Sanità penitenziaria

In richiamo al DPCM del 01.04.08 ed in ossequio alle disposizioni dell'Accordo *“Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti Penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali”*, approvato dalla CU in data 22/01/15 e recepito dalla Regione Molise con decreto del Presidente della Regione Molise - Commissario Ad Acta – n.22 del 31.03.2015, si è inteso realizzare i seguenti obiettivi:

- rimodulare, nell'ambito dei Livelli di Assistenza, il complesso delle attività erogate, articolandolo in un ventaglio più ampio di risposte disponibili con una maggiore flessibilità progettuale, al fine di renderlo più adeguato ai variegati bisogni che attualmente connotano la popolazione detenuta;
- ottenere un più efficiente utilizzo di risorse sanitarie;
- attivare la Telemedicina;
- assicurare la continuità assistenziale necessaria ai detenuti che presentino patologie in acuzie e post-acuzie.

Il modello di Rete Regionale della Sanità Penitenziaria prevede che, all'interno dei presidi sanitari penitenziari, siano presenti i requisiti minimi individuati (personale, tecnologie, servizi). Il principio guida è l'adeguamento della rete dei servizi sanitari penitenziari al modello di assistenza sanitaria territoriale previsto per i cittadini liberi. L'accordo del 22.01.2015 approvato in C.U. prevede che la pianificazione regionale dei servizi destinati alla presa in carico dei detenuti che necessitano di particolare impegno assistenziale sia orientata al modello organizzativo delle reti cliniche integrate *“HUB & SPOKE”* che sono identificati in base alla tipologia di assistenza: assistenza di base, assistenza tipo SPOKE, assistenza tipo HUB.

Il funzionamento del sistema di Rete è garantito, dal punto di vista operativo, dalla figura del Coordinatore Regionale della rete dei servizi sanitari in ambito penitenziario individuato con Determinazione del Direttore Generale della Direzione Salute n. 90 del 06.04.2017.

Modello organizzativo per la Medicina Penitenziaria

L'Unità a valenza Dipartimentale della Tutela della Salute in Carcere (SDTSC), verrà inserita all'interno della Direzione Sanitaria Aziendale e garantisce l'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura previste nei LEA all'interno degli istituti penitenziari presenti sul territorio aziendale (Casa Circondariale e Reclusione di Campobasso,

Casa Circondariale e Reclusione di Larino, Casa Circondariale di Isernia), in conformità ai principi definiti dalle linee di indirizzo regionali e nazionali per gli interventi del S.S.N. a tutela della salute dei detenuti e degli internati, sulla base del principio della piena parità di trattamento con i cittadini liberi.

Ha i seguenti compiti:

- coordina e gestisce le attività di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e ricovero in ambiente ospedaliero di degenza protetta, da attuare nei confronti della popolazione detenuta;
- assicura, le prestazioni sanitarie all'interno degli istituti di pena, tenendo in considerazione le peculiarità della popolazione detenuta;
- assicura attività di prevenzione con azioni finalizzate al miglioramento della qualità della vita in carcere (prevenzione ambientale) ed interventi mirati a ridurre il rischio di patologie correlate al regime detentivo, nella tutela della salute dell'individuo e della comunità penitenziaria;
- assicura attività di cura attraverso percorsi terapeutici che garantiscono la continuità assistenziale, la tempestività, l'appropriatezza e la qualità degli interventi;
- eroga prestazioni per: diagnostica, assistenza infermieristica, servizio farmaceutico, medicina generale, medicina d'urgenza, medicina specialistica (con attivazione di diverse branche specialistiche nelle varie strutture, in ragione dei bisogni rilevati presso la popolazione ristretta);
- interagisce con il Dipartimento di Salute Mentale e con i Servizi per le Tossicodipendenze aziendali per i problemi inerenti la salute mentale e per la prevenzione e cura del settore tossicologico;
- collabora con i reparti ospedalieri per la cura degli stati acuti di malattia dei soggetti detenuti;
- gestisce il personale sanitario operante nelle strutture penitenziarie ricadenti nell'ambito di competenza aziendale;
- cura le relazioni con gli enti sovraordinati (Regione) e con le competenti articolazioni dell'Amministrazione Penitenziaria (Provveditorato Regionale, Direzioni degli istituti penitenziari presenti sul territorio aziendale).

Articolazione intramuraria della SITSC è il **Presidio Sanitario Penitenziario (PSP)** interno alle tre Case Circondariali, che assicura praticamente le prestazioni sanitarie a favore dei detenuti.

L' organico della SITSC è costituito da:

- n. 1 Dirigente Medico Responsabile SSD;
- n. 1 Coordinatore infermieristico, che gestisce il personale infermieristico;
- personale del PSP.

In ciascun presidio sanitario penitenziario è presente:

- responsabile di PSP;
- servizio di medicina generale;
- servizio di medicina specialistica;
- servizio infermieristico.

È inoltre presente all'interno degli Istituti penitenziari un **Servizio per le Dipendenze**, con personale medico e psicologo dedicato. L'assistente sociale viene garantito dal SERD competente per territorio.

In particolare, il **Medico Responsabile del PSP** è responsabile per ciò che riguarda le attività sanitarie intramurarie, assicura le prestazioni medico-legali previste dall'ordinamento penitenziario a favore della popolazione detenuta ed eroga le prestazioni medico-legali a favore della polizia penitenziaria. È sottoposto gerarchicamente, come anche tutti i medici penitenziari, al Responsabile della SSD Tutela della Salute in Carcere.

Il **servizio di medicina generale** assicura:

- le prestazioni di base;
- le urgenze cliniche;
- il servizio accoglienza nuovi giunti;
- certificazioni mediche in uso nell'ambito penitenziario
- le prestazioni medico-legali a favore della Polizia Penitenziaria e della popolazione detenuta in caso di assenza del responsabile e non procrastinabili.

Il **servizio di medicina specialistica** assicura le prestazioni specialistiche all'interno della struttura penitenziaria. Il servizio, per alcune specialità (psichiatria, malattie infettive, cardiologia, odontoiatria), viene garantito secondo un calendario prefissato di accesso in istituto per un numero di ore prestabilito; altre specialità sono assicurate a chiamata.

Il **servizio infermieristico** assicura le prestazioni inerenti il proprio profilo professionale. È coordinato da una posizione organizzativa assegnata alla SITSC. In ogni PSP è prevista la figura dell'infermiere referente.

Il **Distretto Sanitario** competente per territorio assicura tutte le **attività logistiche** necessarie per le funzioni del PSP (approvvigionamento farmaci, ritiro prelievi ematici, fornitura di materiale d'uso, ecc.).

Cartella HTH Sanità penitenziaria/diario clinico e documentazione sanitaria, area CUP

L'ASReM intende avviare l'informatizzazione dell'Assistenza Sanitaria in ambito penitenziario, attraverso l'adozione della Cartella Informatizzata (HTH) per la gestione del Diario Clinico e della Documentazione Sanitaria in tutti i distretti presenti negli Istituti di pena del Molise, favorendo in tal modo l'eliminazione del cartaceo, il controllo della gestione e l'analisi dei costi. L'area CUP, già presente all'interno del carcere di Campobasso è un centro Unico di Prenotazioni per l'accesso elettronico alla Sanità, da dove è possibile effettuare la prenotazione di esami ematochimici e strumentali e visite specialistiche, valide per tutto il territorio regionale. La completa informatizzazione consentirà inoltre la telemedicina.

Il Molise dipende insieme al Lazio e all'Abruzzo dalla stessa Sovrintendenza della Medicina Penitenziaria Interregionale. Su progettualità analoghe nell'ambito dei POR Regionali relativi, la Sovrintendenza interregionale ha posto molta attenzione al rispetto dei vincoli di legge relativi alla gestione dei dati sensibili dei cittadini reclusi.

Anche in altri progetti simili ha chiesto una attenzione specifica al tema, tenendo conto delle determinazioni anche della Agenzia Nazionale per la Privacy relative ai detenuti.

È obiettivo della Regione la predisposizione di linee guida per la gestione di tutte le forme di telemedicina, telerefertazione e teleconsulto, nonché di telemonitoraggio e ADI in sicurezza allineate alle indicazioni delle Agenzie e Sovrintendenze di riferimento.

Formazione

La formazione è essenziale per poter attuare e governare il modello della Sanità Penitenziaria. Si rende, pertanto, opportuno prevedere un progetto di formazione sul campo per favorire l'integrazione operativa e lo sviluppo delle necessarie relazioni tra i diversi responsabili della rete regionale della sanità penitenziaria, nonché per definire quanto prima delle procedure e dei protocolli regionali condivisi. È, inoltre, necessario prevedere l'attuazione di corsi BLS per il personale di Polizia Penitenziaria in quanto nelle carceri di Larino ed Isernia è l'unica presenza intramuraria che durante le ore notturne può prestare un primo intervento nelle emergenze/urgenze.

Monitoraggio

Lo stato di realizzazione e il funzionamento della rete regionale, così come indicato nel presente documento, avverrà attraverso il monitoraggio da parte dell'Osservatorio Regionale sulla Sanità Penitenziaria (istituito con DGR Molise n.1326/2008 e s.m.i.) con il quale verrà verificato lo stato dell'offerta sanitaria negli Istituti Penitenziari del Molise e l'auspicata armonizzazione dell'erogazione omogenea dei LEA sul territorio regionale.

4.11.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 4.11.1 Informatizzazione dell'Assistenza Sanitaria in ambito penitenziario

Azione 4.11.1.1 Adozione della Cartella Informatizzata (HTH) per la gestione del Diario Clinico e della Documentazione Sanitaria di tutti i distretti presenti negli Istituti di pena del Molise

Indicatore 4.11.1.1 Provvedimento ASReM

Obiettivo 4.11.2 Adozione di un piano formativo per la Sanità Penitenziaria

Azione 4.11.2.1 Stipula convenzione per la Formazione del personale di Polizia Penitenziaria mediante l'attivazione di corsi BLS

Indicatore 4.11.2.1 Provvedimento ASReM

Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
4.11.1 Informatizzazione dell'Assistenza Sanitaria in ambito penitenziario	4.11.1.1 Adozione della Cartella Informatizzata (HTH) per la gestione del Diario Clinico e della Documentazione Sanitaria di tutti i distretti presenti negli Istituti di pena del Molise	30/09/2024	Provvedimento ASReM	Si/no		
4.11.2 Adozione di un piano formativo per la Sanità Penitenziaria	4.11.2.1 Stipula convenzione per la Formazione del personale di Polizia Penitenziaria mediante l'attivazione di corsi BLS	30/09/2024	Provvedimento ASReM	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale A.S.Re.M. Direzione Generale per la Salute						

5 Assistenza Ospedaliera

Con il programma straordinario 2015 – 2018 è stato delineato il modello di rete ospedaliera basato sull'adozione del sistema Hub e Spoke.

L'Hub del sistema è stato individuato nell'Ospedale Cardarelli di Campobasso, il maggiore ospedale pubblico regionale, situato al centro del territorio regionale e pertanto raggiungibile in tempi omogenei da tutta la regione.

Gli ospedali Spoke sono localizzati a Termoli ed Isernia.

L'Ospedale di Agnone, situato nell'area montana della Regione, è stato individuato quale presidio di area disagiata, in accordo con gli standard del DM 70/2015.

Entrano a far parte della rete, completando l'offerta sanitaria ospedaliera della Regione Molise, le strutture private accreditate, tra le quali i due grandi erogatori privati, l'IRCCS Neuromed e il Responsible Hospital, unica struttura regionale che eroga prestazioni di radioterapia.

Al fine di riorganizzare la rete ospedaliera, anche mediante il recepimento delle osservazioni formulate dal Tavolo di monitoraggio, compatibilmente con alcune peculiarità che non consentono un integrale rispetto di tutti i parametri indicati nel DM n. 70/2015, la Struttura Commissariale ha trasmesso ai competenti Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze per la preventiva valutazione il documento denominato "Reti ospedaliere" con invio SIVeAS 128/2023

In base ai dati ISTAT riferibili al 2021 la struttura per età si caratterizza per un'incidenza più marcata delle classi anziane rispetto alla media nazionale, sia nella classe da 65 a 74 anni sia in quella 75 e più. L'incidenza delle persone con 75 anni e oltre è del 12,9 contro 11,7 per cento del Paese. Circa il 10 per cento dei comuni ha una densità di almeno 100 abitanti per kmq, variamente distribuiti all'interno della regione, prevalentemente intorno ai due comuni capoluogo e nella fascia costiera. La massima densità abitativa (874 abitanti per kmq) si registra nel comune di Campobasso, seguito dagli altri due comuni con oltre 20 mila residenti (Termoli: 604 e Isernia: 315). In alcuni comuni si registra una densità abitativa inferiore alle 10 unità per kmq.

Altro aspetto da considerare è la particolare conformazione morfologica del territorio molisano e le condizioni in cui versa il sistema viario.

Il Molise è costituito per il 55% del suo territorio da montagna e per il 44% da collina: 123 dei suoi 136 comuni sono situati in zone montuose. La regione è divisa in una zona costiera-collinare e in un'area montuosa interna. Il Basso Molise è costituito dalla sezione collinare della regione che scende gradualmente verso l'Adriatico.

Il sistema viario, invece, a causa anche della insussistenza di una rete autostradale (eccezion fatta per il tratto costiero adriatico) e stradale a scorrimento veloce, appare fortemente penalizzante per la mobilità delle persone in quanto l'intera rete è contemporaneamente usata sia per i gradi spostamenti che per il traffico locale. Indice dell'inadeguatezza della rete stradale è l'alto tasso di incidenti stradali annualmente registrati. Secondo i dati ISTAT nel 2019 si sono verificati in Molise 555 incidenti stradali che hanno causato la morte di 28 persone e il ferimento di altre 913. Rispetto al 2018, aumentano il numero degli incidenti (+77), dei feriti (+182) e delle vittime della strada (+13), in netta contrapposizione alla tendenza nazionale che presenta diminuzioni seppur modeste per tutti i suddetti aggregati.

Dei suindicati parametri di valutazione l'unico rilevante ai fini della valutazione degli standards indicati nel DM 70/2015 è costituito dal numero della popolazione che per il Molise, stante la sua esiguità, appare fortemente penalizzante ove rapportato agli altri indicatori richiamati (densità demografica, morfologia del territorio e sistema viario).

Da qui la necessità, al fine di approntare una rete ospedaliera in grado di offrire una assistenza sanitaria non eccessivamente penalizzante, di apportare dei correttivi rispetto agli standards ottimali indicati nel decreto ministeriale che, ovviamente, risultano tarati su valori medi nazionali.

5.1 Rete ospedaliera, rete dell'emergenza urgenza e patologie tempo dipendenti

Tenuto conto di quanto alle precedenti programmazioni e delle disposizioni di cui al DM 70/2015, la Regione Molise ha intrapreso un processo di revisione organizzativa e funzionale dell'offerta sanitaria regionale agendo primariamente nella riqualificazione delle reti cliniche e, in particolare, della rete dell'emergenza e delle patologie tempo-dipendenti.

Fondamentale strumento di supporto alle reti cliniche sono i **registri clinici** (per la cardiologia: registro regionale delle angioplastiche coronariche; registro regionale degli interventi cardiocirurgici- RERIC; registro regionale di aritmologia interventistica), che costituiscono un valido strumento per conoscere meglio, con l'acquisizione di dati non altrimenti

rilevabili, qualità dell'assistenza e funzionamento della rete, per indirizzare le scelte decisionali dei *"policy-maker"*, per promuovere formazione, ricerca e consolidamento di reti professionali.

La Struttura Commissariale intende istituire il Coordinamento di rete per tutte le reti cliniche al fine di coordinare e monitorare le attività delle reti tempo dipendenti.

La gestione della rete è affidata ad un Coordinamento ASReM delle Reti dell'emergenza e tempo dipendenti che assicura il coinvolgimento istituzionale di tutti i soggetti partecipi, con il compito di monitorare le reti ed i percorsi assistenziali dell'emergenza.

La Direzione Generale per la salute della Regione Molise assicurerà la necessaria governance del complessivo sistema delle reti tempo dipendenti, verificandone la coerenza rispetto alla programmazione sanitaria ed il relativo funzionamento attraverso la valutazione delle attività del Coordinamento di rete.

Il gruppo di Coordinamento Aziendale esprime le interrelazioni tra il livello organizzativo-gestionale dell'Azienda Sanitaria Regionale e quello clinico dei professionisti. Tale organismo dovrà garantire, nel rispetto dei ruoli rappresentati, l'integrazione organizzativa e clinica dei professionisti coinvolti.

Il coordinamento delle reti tempo-dipendenti è costituito, per tutte le reti, dal Direttore Sanitario Aziendale che lo presiede, dai direttori dei tre Pronto Soccorso degli Ospedali ASReM, dal Responsabile della Centrale Operativa 118 dell'Emergenza territoriale e dai Responsabili delle U.O. di Anestesia e Rianimazione degli Ospedali.

La composizione del coordinamento per ognuna delle reti sarà completata dagli specialisti delle U.O. coinvolte.

DIRETTORE SANITARIO

Direttore Centrale
Operativa 118

Direttori Pronto
Soccorso

Direttori U.O Anestesia
e Rianimazione

RETE TRAUMA

-Direttori U.O.
Ortopedia
-Direttori U.O.
Chirurgia

RETE ICTUS

-Direttori U.O.
Neurologia
-Direttori U.O.
Radiodiagnostica

RETE EMERGENZA CARDIOLOGICA

-Direttori U.O.
Cardiologia

RETE PERINATALE

- Direttori U.O.
Ostetricia e
Ginecologia
- Direttori U.O.
Pediatria

Le competenze attribuite al Coordinamento aziendale delle Reti sono così sintetizzate:

- Stesura dei protocolli e le procedure relative alle principali patologie di riferimento ai professionisti coinvolti;
- Definizione degli obiettivi formativi professionali per gli operatori finalizzati alla esplicitazione delle competenze richieste agli operatori coinvolti.
- Monitoraggio dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA), nonché la loro corretta applicazione;
- Implementazione della gestione organizzativa e delle raccomandazioni cliniche, che definiscono per ogni Rete, le indicazioni, le modalità e il timing del cambio di setting assistenziale;
- Diffusione di report periodici sul funzionamento delle Reti;

Il Coordinamento dovrà predisporre, per ciascuna delle reti, il "Piano di Rete" che, dovrà contenere:

- PDTA integrati ospedale-territorio;
- Piano formativo;
- Indicatori per il monitoraggio della rete;
- Definizione e allocazione delle risorse necessarie strutturali, tecnologiche e di personale

<i>AZIONI</i>	<i>RESPONSABILI</i>	<i>TEMPI</i>
<i>Istituzione del Coordinamento di rete</i>	<i>REGIONE MOLISE</i>	<i>30/06/2024</i>

Servizio di emergenza territoriale 118

Il Servizio per l'emergenza territoriale 118 rappresenta l'elemento essenziale del passaggio da un sistema di cure strutturato su ospedali "autosufficienti" che trattano pazienti provenienti dal Pronto soccorso a un sistema integrato di diagnosi precoce e cura territoriale basato sulla collaborazione di ospedali e servizi interdipendenti, operanti in rete per garantire i migliori risultati con un impiego ottimale di risorse.

L'organizzazione regionale del Sistema 118 della regione Molise è costituita da una Centrale operativa (CO) comprendente mezzi di soccorso ed equipaggi, da 16 postazioni distribuite sul territorio regionale ed è configurata come una unità operativa a direzione medica. Le postazioni territoriali del 118, sede di sosta e di partenza delle Unità Operative Mobili (UOM), sono localizzate presso specifiche strutture territoriali dell'ASReM. Nessuna postazione ha sede nel pronto soccorso del Presidio ospedaliero di competenza. Il servizio territoriale di emergenza-urgenza prevede la dislocazione di diverse tipologie di mezzi: mezzi di soccorso di base, di soccorso avanzati, auto medicalizzate.

Particolarmente rilevante il ruolo che svolge il 118 per le reti di patologia tempo-dipendenti in quanto ha la funzione di intercettare sul territorio i pazienti da avviare al percorso di rete attraverso l'anticipazione diagnostico-terapeutica e di inviarli alle strutture appropriate connettendo i vari nodi delle reti.

A completamento del processo di riorganizzazione della rete di soccorso territoriale va avviato il sistema di teletrasmissione del tracciato ECG su tutto il territorio regionale, avendo cura di utilizzare una modalità condivisa web-based e superando definitivamente modalità quali fax ed e-mail, whatsapp, ecc. I tracciati dovranno essere correttamente attribuiti e quindi linkati alle informazioni registrate dal sistema informatizzato del 118.

L'invio del tracciato ECG a 12 derivazioni nei pazienti con dolore toracico in atto o riferito deve avvenire prioritariamente al centro HUB di riferimento considerando eventuali eccezioni solo nei casi in cui elementi organizzativi locali suggeriscano di mantenere l'invio del tracciato a Spoke definiti a condizione di non incorrere in un ritardo evitabile.

La formazione del personale del 118 assume, pertanto, un aspetto fondamentale per l'efficienza delle reti tempo dipendenti.

Pronto soccorso

In PS vanno attuati protocolli operativi di valutazione rapida per ridurre i tempi di attesa, facilitare la diagnosi e il conseguente avvio al percorso terapeutico più appropriato. È necessario predisporre un efficiente percorso di selezione dei casi potenzialmente gravi che comporti per esempio, per i pazienti con dolore toracico acuto, l'esecuzione di valutazione medica ed ECG nel minor tempo possibile dall'arrivo.

Laboratorio emodinamica

Il Laboratorio di emodinamica rappresenta l'elemento centrale del percorso dell'infarto miocardico acuto, in quanto è il luogo presso il quale viene erogata l'angioplastica primaria (PPCI) da effettuarsi con tempi e modalità indicate dalle più recenti linee guida sull'argomento.

Deve garantire la coronarografia in emergenza, seguita dall'angioplastica, in tutti i casi di ECG suggestivo di ischemia miocardica e di positività delle analisi di laboratorio.

In corso di infarto miocardico acuto una piccola percentuale di pazienti (5-10%) presenta shock cardiogeno, gravato da

una mortalità ospedaliera molto elevata, fino al 50% e oltre. Data la complessità del trattamento di questi pazienti, è necessario che i centri che effettuano angioplastica primaria si dotino di protocolli definiti per la gestione in sede e l'eventuale trasferimento al centro di riferimento di livello più avanzato per quel numero limitato di pazienti con complicanze meccaniche o con necessità di sistemi di assistenza di circolo complessi. La corretta scelta del sistema di supporto circolatorio, del momento dell'impianto, della durata del supporto e la prevenzione di eventuali complicanze richiedono l'integrazione delle diverse competenze specialistiche coinvolte nell'assistenza di questi pazienti.

L'emodinamica del centro Hub deve offrire una disponibilità 24/24h 7/7gg e avere una dotazione strumentale e di personale adeguata nel rispetto delle indicazioni dei documenti nazionali (DM n.70/2015) e delle Società scientifiche. Nell'organizzazione dei percorsi di rete dell'infarto miocardico acuto vanno considerati solo i Laboratori di emodinamica attivabili 24/24h e 7/7gg. Per assicurare le funzioni di Hub, si prevede un volume minimo di attività del Laboratorio di emodinamica di 400 procedure di angioplastica all'anno di cui almeno 100 primarie. Per mantenere un'adeguata competenza clinica e tecnico-procedurale è necessario che ciascun operatore esegua almeno 75 procedure all'anno, indipendentemente dalla sede in cui vengono erogate, con accesso vascolare radiale e femorale.

Terapia intensiva/subintensiva cardiologica

Si riconoscono due tipologie di UTIC: di tipo Hub, dotata di Laboratorio di emodinamica, prevalentemente orientata a coadiuvare le strategie di riperfusione coronarica e la gestione delle eventuali complicanze, e di tipo Spoke, senza Laboratorio di emodinamica, orientata alla funzione di "nodo" della rete e alla gestione delle patologie acute cardiovascolari che non necessitano di rivascolarizzazione in emergenza-urgenza.

In considerazione delle esigenze di management dei pazienti, ma anche delle peculiarità orografiche, demografiche e climatiche, e della prossimità dei Presidi Ospedalieri di Termoli e Isernia a regioni limitrofe come Abruzzo, Campania e Puglia, le UTIC della Regione Molise vengono conservate e inserite nella Rete IMA, con un profilo altamente "intensivo" nella gestione, oltre che dei quadri acuti cardiologici, della patologia coronarica e delle sue complicanze cardiovascolari.

Cardiochirurgia

La Cardiochirurgia riveste un ruolo fondamentale nel percorso terapeutico dei pazienti affetti da sindrome coronarica acuta e dei pazienti con complicanze meccaniche dell'infarto miocardico acuto che richiedono un trattamento chirurgico classico o trans-catetere. La sua presenza è resa necessaria dall'utilizzo della circolazione extracorporea negli interventi chirurgici riparativi di tali patologie. In regione è presente 1 Cardiochirurgia privata accreditata: Responsible Research Hospital.

Tabella -Provenienza dei pazienti ricoverati nel reparto di Cardiochirurgia dell'ospedale Responsible, anni 2019 – 2021 (Fonte SDO)

Anno	Proveniente da ospedale pubblico		Proveniente da struttura privata accreditata		Totale pazienti
	Numero	Percentuale (%)	Numero	Percentuale (%)	Totale
2019	107	12,5	82	9,6	856
2020	238	31,9	79	10,6	745
2021	57	10,4	53	9,7	547

Viene posto l'obiettivo di definire una procedura concordata col Responsible Hospital, attraverso la sottoscrizione di apposito accordo/protocollo per la gestione dei pazienti cardiocirurgici emergenziali all'interno della Rete cardiologica dell'emergenza.

In aggiunta, e in caso di necessità, verranno sottoscritti accordi e dunque definite procedure per la medesima tematica con le strutture extraregionali più prossime che potranno garantire la loro disponibilità, in particolare si farà riferimento alle strutture ospedaliere di Chieti e/o Napoli.

5.1.1 Rete cardiologica per l'emergenza

La Rete Cardiologica per l'emergenza (REC) è un'estensione della rete per l'infarto STEMI e prevede la possibilità del sistema di rete di trattare anche patologie cardiologiche che possono andare incontro ad emergenza clinica (aneurismi dissecanti dell'aorta toracica, aritmie maligne, shock cardiogeno, ecc).

Secondo quanto previsto dal rapporto epidemiologico del Ministero della Salute, sono prevedibili 3.000 sindromi coronariche acute per 1.000.000 di abitanti - con una prevedibilità In Molise - di circa 850 casi di cui 250 nuovi casi/anno di infarto miocardico STEMI.

La Rete ha lo scopo di garantire a tutti i pazienti con infarto del miocardio pari opportunità di accesso alle procedure salvavita di riperfusione coronarica, adottando strategie diagnostico-terapeutiche condivise e modulate, da un lato sul profilo di rischio del paziente e dall'altro sulle risorse strutturali e logistiche disponibili, nonché di garantire il ricovero in cardiologia di tutti gli STEMI e di tutte le emergenze cliniche cardiologiche e cardiocirurgiche.

Attualmente fanno parte della Rete per le Emergenze Cardiologiche regionale gli ospedali di Campobasso, di Isernia e di Termoli. Sono presenti 4 emodinamiche di cui tre pubbliche, presso l'Ospedale Cardarelli (CB), l'Ospedale S. Timoteo di Termoli, l'Ospedale Veneziale di Isernia, ed una privata, presso il Responsible Hospital (CB) - (DCA 47/2017 - DCA 52/2016 di approvazione del PO 2015-18).

Il Presidio Ospedaliero di Campobasso, dotato delle competenze e delle strutture per l'esecuzione della manovra salvavita di riperfusione coronarica 24/24h e 7/7gg (UTIC e Laboratorio di Emodinamica), svolge il ruolo di *Hub* anche per la prossimità territoriale con il Responsible dotato di Cardiocirurgia per il trattamento delle patologie e delle complicanze di natura cardiocirurgica.

I Presidi Ospedalieri di Isernia e di Termoli con la Cardiologia e l'UTIC assumono il ruolo di *Spoke*; Responsible partecipa alla rete per la competenza cardiocirurgica.

Le emodinamiche pubbliche presentano volumi adeguati del numero di IMA ma insufficienti per le procedure di angioplastica (PTCA). È buono il rapporto PTCA STEMI/PTCA totali e il tasso di esecuzione entro i 90 minuti.

Il Responsible presenta un buon volume di procedure ma insufficiente per volume IMA e proporzione STEMI. La struttura tratta sostanzialmente solo pazienti in elezione, con una rilevante quota (47%) provenienti da fuori regione.

Tabella - Pazienti ricoverati per Infarto Acuto del Miocardio nella Regione Molise, ripartizione per provenienza, 2017-2021

Provenienza pazienti	Totale		2017		2018		2019		2020		2021	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Regione	764	87,4	389	89,4	329	87,0	364	84,5	377	88,5	305	87,4
Extraregione	255	12,6	46	10,6	49	13,0	67	15,5	49	11,5	44	12,6
Totale	2019	100,0	435	100,0	378	100,0	431	100,0	426	100,0	349	100,0

Tabella - Pazienti ricoverati con IMA nella Regione Molise, ripartizione fasce di età 2017-2021

Fasce di età	Totale pazienti		2017		2018		2019		2020		2021	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
<41	13	0,6	2	0,5	2	0,5	2	0,5	2	0,5	2	0,6
41-50	128	6,3	33	7,6	26	6,9	22	5,1	29	6,8	18	5,2
51-60	390	19,3	82	18,9	72	19,0	71	16,5	82	19,2	83	23,8
61-70	545	27	102	23,4	107	28,3	137	31,8	112	26,3	87	24,9
71-80	481	23,8	105	24,1	91	24,1	95	22,0	107	25,1	83	23,8
81-90	393	19,5	90	20,7	63	16,7	92	21,3	79	18,5	69	19,8
>90	69	3,4	21	4,8	14	3,7	12	2,8	15	3,5	7	2,0
Totale	2019	100,0	435	100,0	378	100,0	431	100,0	426	100,0	349	100,0

Tabella - Decessi intraospedalieri nei pazienti che hanno effettuato almeno una PTCA, ripartizione per ospedale, Regione Molise, anni 2019-2021

	Ricovero Urgente			Ricovero non urgente		
	n.	n.decessi	%	n.	n.decessi	%
Cardarelli	485	17	3,5	166	0	0
S. Timoteo	341	14	4,1	80	1	1,25
Veneziale	324	4	1,2	85	0	0
Responsible Research Hospital	26	2	7,7	882	4	0,5

Figura - Tipo di ricovero (urgente, non urgente) nei pazienti che hanno effettuato almeno una PTCA, valori percentuali, ripartizione per ospedale anni 2019-2021

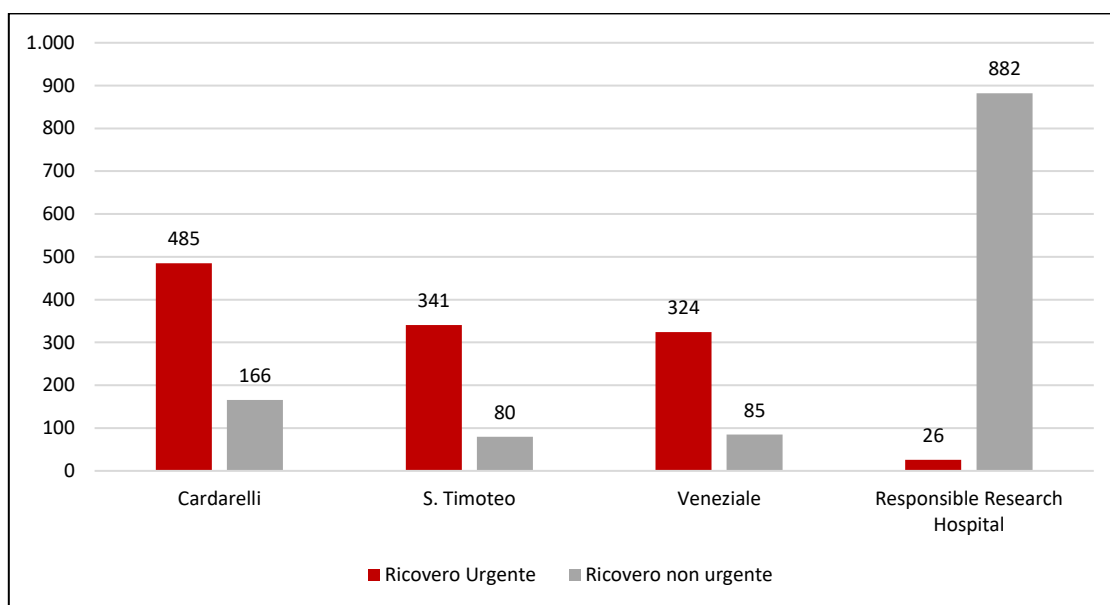


Tabella - Fonte PNE 2021, dati 2020

STRUTTURA	PROV	IMA volume di ricoveri (>100/a ex DM70/2015)	Volume di ricoveri con ptca (>250/a ex DM70/2015)	Volume ricoveri ptca stemi (>30%/tot per a ex DM70/2015)	Volume ricoveri ptca nstemi	PTCA entro 90min %adj (media ITA 49,94%)
Presidio Ospedaliero 'A. Cardarelli'	CB	179	220	77	55	59,2
Plesso Ospedaliero 'S. Timoteo' – Termoli	CB	135	153	70	24	56,9
Ospedale Veneziale - Isernia	IS	132	139	45	40	
Responsible Research Hospital	CB	7	323	6		
Neuromed IRCCS - Pozzilli	IS	4	0			
Gea Medica Ist. Europeo Di Riabilitazione	IS	1	0			

Secondo la programmazione ex DM 70/2015 per il bacino regionale dovrebbe essere presente una sola emodinamica. Tuttavia, si ritiene che, in ragione delle caratteristiche orografiche della regione e della dispersione della popolazione sul territorio, una sola emodinamica non sia sufficiente.

Pertanto, nella programmazione 2023-2025 della rete cardiologica si prevede:

1. Il potenziamento dell'attività di emodinamica presso il PO Cardarelli di Campobasso, ospedale HUB della rete (DEA di I Livello), in considerazione della localizzazione geografica baricentrica, dell'esperienza consolidata e della vicinanza con la struttura privata Responsible Research Hospital;
2. Mantenimento dell'UTIC di Isernia con il Laboratorio di Emodinamica, considerato che il territorio dell'Alto Molise presenta una situazione orografica, demografica e climatica tale da mettere in dubbio il rispetto della "golden hour" per l'IMA STEMI e di conseguenza mettere in pericolo la vita stessa del pz. infartuato. Inoltre, il territorio in cui insiste il Presidio Ospedaliero di Isernia è confinante con il basso Abruzzo e con l'alta Campania, aree in cui sono assenti presidi di emergenza per l'IMA. Pertanto, l'attività presso il PO di Isernia sarà garantita 24/h e 7/7 gg.
3. Il potenziamento della Cardiologia, dell'attività di Emodinamica e dell'UTIC del Presidio Ospedaliero S. Timoteo di Termoli (ospedale con pronto soccorso, spoke di Campobasso), in considerazione del bacino di utenza stabile, del notevole incremento dello stesso durante almeno cinque mesi nella stagione estiva, della presenza di grandi vie di comunicazione come TAV, Autostrada, porto turistico e commerciale, e dell'esistenza del più importante Nucleo Industriale della Regione Molise in cui quotidianamente affluiscono migliaia di persone dal resto della regione e anche da regioni limitrofe;
4. l'integrazione della struttura privata Responsible Hospital nella rete cardiologica della Regione (per quanto riguarda l'attività cardiocirurgica) anche attraverso sistemi di telemedicina /teleconsulto/ acquisizione di immagini;
5. la centralizzazione primaria del paziente con sospetto IMA presso i Presidi pubblici di Campobasso, Termoli e Isernia attraverso l'integrazione tra il sistema territoriale 118 e la rete per l'emergenza cardiologica;
6. l'integrazione del SET 118 nella rete anche attraverso l'implementazione di strumenti di telemedicina.

La organizzazione della rete cardiologica prevede quindi al momento la conservazione dei tre Laboratori di Emodinamica nei PO di Campobasso, Termoli e Isernia, con l'impegno da parte della Struttura Commissariale a verificare a distanza di un anno la sostenibilità della proposta con il Tavolo Tecnico di verifica e il Tavolo DM70/2015.

5.1.2 Rete ictus

La rete clinico assistenziale per l'Ictus (RIC) viene istituita sulla base del rapporto epidemiologico secondo quanto previsto dal Ministero della Salute di 3.200 ictus per 1.000.000 abitanti con una prevedibilità in Molise di circa 1.000 nuovi casi/anno di cui circa 800 ischemici, dei quali circa 250 potenzialmente candidabili a trombolisi sistemica e circa 120 potenzialmente suscettibili di trombectomia meccanica.

L'elevata mortalità in fase acuta, la possibilità e i limiti temporali della terapia fibrinolitica, l'eventuale trattamento neurochirurgico, impongono di considerare e gestire l'ictus secondo percorsi dedicati e con procedure conformi alle linee guida internazionali. Ciò rende ragione dell'importanza di una adeguata gestione della patologia nella fase pre-ospedaliera, del trattamento durante il ricovero e della rapida ed efficace fase riabilitativa successiva.

L'attuale *Rete Ictus Ischemico* è costituita da una Stroke Unit di I livello (Ospedale di Campobasso – DEA di I Livello) e da due presidi ospedalieri di pronto soccorso (Ospedale S. Timoteo di Termoli e Ospedale Veneziale di Isernia) abilitati alla diagnosi e al trattamento trombolitico in fase acuta dell'ictus, collegati in teleconsulto. In tutti e tre i presidi è possibile eseguire angio TC cranio e collo 24/24h e 7/7gg.

Tuttavia, nell'attuale disegno di rete è prevista in tutti i casi la centralizzazione del paziente su Campobasso per la terapia trombolitica.

Per quanto riguarda l'*Ictus Emorragico*, non sono disponibili presso le strutture pubbliche della regione le specialità ed i servizi necessari per la gestione delle emorragie subaracnoidee (neuroradiologia Interventistica e neurochirurgia) e delle emorragie intraparenchimali (neurochirurgia). L'attività neurochirurgica viene svolta dall'IRCSS Neuromed di Pozzilli che rientra attualmente nella rete ictus in particolare per quanto riguarda la neurochirurgia di elezione (DCA 52/2016 di approvazione del PO 2015-2018 e DCA 47/2017).

Tabella - Rete Ictus: situazione attuale

Denominazione Struttura/Azienda	Codice NSIS Struttura-Azienda	Centro HUB	Centro Spoke	Centro Fibrinolisi
Ospedale Cardarelli – Campobasso	1 4000 100	X		X
Ospedale S. Timoteo - Termoli	1 4000 301		X	
Ospedale Veneziale - Isernia	1 4000 200		X	

L'IRCSS Neuromed dal 2016 al 2020 ha ricoverato 2269 pazienti che per una quota rilevante (1886) provengono da altre regioni. I residenti in Molise che sono stati ricoverati con diagnosi di ictus nei 5 anni presso la struttura IRCSS di Neuromed, sono stati 383 (pari a circa il 10%).

Tabella - Ripartizione delle diverse tipologie di ictus nei pazienti ricoverati negli ospedali pubblici e privati accreditati nella Regione Molise, anni 2018-2022

	2018		2019		2020		2021		2022		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Ictus emorragico	265	22,9	258	22,4	177	18,5	230	26,5	276	33,1	1206	24,3
Ictus ischemico	890	77,1	893	77,6	780	81,5	638	73,5	559	66,9	3760	75,7
Totale	1155	100	1151	100	957	100	868	100	835	100	4966	100

Tabella - Distribuzione percentuale dei ricoveri pazienti regionali ed extra regionali per ictus (emorragico e ischemico) in relazione alla struttura di ricovero (pubblica o privata), regione Molise, anno 2022

	OSPEDALI PUBBLICI		OSPEDALI PRIVATI		Totale
	n.	%	n.	%	n.
Ictus emorragico	107	23,9	169	43,7	276
Ictus ischemico	341	76,1	218	56,3	559
Totale	448	100	387	100	835

Delineato il contesto regionale, nella nuova programmazione della rete ictus si dovrà tener conto delle seguenti variabili:

- numero dei ricoveri per ictus nella Regione Molise, ad oggi circa 1000 ricoveri/anno;
- età dei pazienti, ad oggi in prevalenza ultra 75enni;
- sesso dei pazienti, ad oggi in prevalenza maschile ad eccezione della coorte degli ultra 84enni costituita in prevalenza da pazienti di sesso femminile.

La riorganizzazione della rete regionale ictus, inoltre, al fine di garantire l'equità di accesso e la tempestività nell'effettuazione del trattamento dell'ictus ischemico, prevederà:

- l'effettuazione del trattamento trombolitico presso tutti i Pronto Soccorso degli Ospedali regionali, evitando la centralizzazione dei pazienti sull'Ospedale HUB di Campobasso. Difatti, grazie alla tecnologia "*InTouch Health*", si potrà garantire il trattamento trombolitico anche negli ospedali *Spoke* presso i quali i pazienti con ictus ischemico giungano con mezzi propri o vi siano trasportati dal 118. Il sistema *teletstroke*/teletrombolisi collega il Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri di Isernia e Termoli con la *Stroke Unit* dell'Ospedale di Campobasso dove il neurologo esperto fornirà indicazioni circa la possibilità di effettuare il trattamento trombolitico;
- l'integrazione del SET 118 con la rete dell'ictus;
- l'attivazione di opportuni accordi con l'IRCSS Neuromed, dotato di Stroke Unit di II livello, neurochirurgia e radiologia interventistica per il trasferimento di pazienti e/o teleconsulti.

In particolare, con riferimento all'**Ictus ischemico**, sono previsti:

- la diagnostica per immagini (angioTC cranio e collo) h 24/24 e 7/7 gg in tutti e 3 i Presidi Ospedalieri;
- la consulenza neurochirurgica da parte della neurochirurgia dell'IRCSS Neuromed anche attraverso sistemi di telemedicina /teleconsulto/ acquisizione di immagini;
- l'attivazione servizio di TC perfusione per finestre di trattamento estese h 24/24 e 7/7 gg in tutti e 3 i Presidi Ospedalieri della Regione Molise;
- le prestazioni di primo livello (angioTC, trombolisi) 24/24h e 7/7 gg, in tutti e tre i presidi ospedalieri (Cardarelli, Isernia e Termoli);
- le prestazioni di II livello:
 - o trombectomia meccanica, presso l'IRCSS Neuromed di Pozzilli (Is), in attesa dell'avvio della procedura presso il Cardarelli di Campobasso;
 - o radiologia interventistica, attivazione del servizio presso l'Ospedale Cardarelli di Campobasso che sia in grado di trattare i vasi intracranici tramite trombectomia meccanica e altre procedure di neuroradiologia interventistica, fornendo prestazioni di II Livello, vista l'evidenza epidemiologica di un bacino di casi più che sufficiente a giustificare l'apertura e il mantenimento dell'expertise del servizio.

Con riferimento all'**Ictus emorragico** si prevede :

- la stipula di un accordo/protocollo tra Regione Molise e l'IRCSS Neuromed di Pozzilli dotato di NCH/radiologia interventistica per:
 - teleconsulto attivabile dal pronto soccorso degli ospedali di rete;
 - eventuale trasferimento attraverso:
 - trasporto su gomma
 - trasporto su pala

- l'attivazione dell'eliporto posto nell'area dell'Ospedale Cardarelli di Campobasso;
- l'attivazione di un servizio di radiologia interventistica (radiologia di Campobasso);
- l'implementazione della formazione del personale del 118 al fine di riconoscere i casi a forte sospetto di ictus e quindi a trasportarli direttamente verso i presidi stroke-ready;
- l'integrazione della struttura privata Neuromed nella rete regionale anche attraverso sistemi di telemedicina /teleconsulto/ acquisizione di immagini.

La nuova configurazione proposta per la rete è incentrata sul potenziamento del ruolo dell'Ospedale Cardarelli di Campobasso come Stroke Unit di I livello, implementazione della trombolisi nei due ospedali spoke, che consentirebbe, una volta a regime, di erogare alcune prestazioni da Stroke Unit di II livello in tempi più brevi rispetto all'invio fuori regione.

La Regione Molise, anche in ottemperanza di quanto indicato nelle riunioni congiunte del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, provvederà a regolamentare i rapporti con l'IRCSS Neuromed di Pozzilli per il trattamento dell'ictus ischemico mediante procedura di trombectomia meccanica (Stroke Unit di II livello) e per protocolli operativi per il trattamento dell'ictus emorragico (neurochirurgia).

5.1.3 Rete Traumatologica

La Rete per il Trauma viene istituita sulla base del rapporto epidemiologico secondo quanto previsto dal Ministero della Salute di 450 traumi gravi per 1.000.000 di abitanti con una prevedibilità in Molise di circa 150 traumi gravi/anno.

Nel luglio 2004, il Consiglio Superiore di Sanità, su indicazione del Ministero della Salute, ha prodotto il documento nel quale viene presentato un nuovo Sistema Informativo Assistenza Territoriale - SIAT basato sul riconoscimento *"sul campo"* dei pazienti più gravi e sul trasporto in ospedale con risorse e *team* multidisciplinari specializzati in assistenza ai traumi.

Secondo il modello SIAT, tutti i traumi con criteri di *triage* indicativi di trauma maggiore devono essere trasportati al Centro *Hub* in relazione alla tipologia delle lesioni e alla necessità di eventuali alte specialità, al fine di rispettare il più possibile il principio di Centralizzazione primaria, cioè del trasporto immediato al luogo di cura definitivo. In caso di impossibilità di controllo e di trattamento in sede extra-ospedaliera dell'instabilità respiratoria e/o cardio-circolatoria, il paziente deve essere trasportato, indipendentemente dal tipo di lesioni, al più vicino ospedale inserito nella rete per poi essere trasferito, se necessario, alla struttura di livello superiore (Centro *Hub*), una volta ottenuto il controllo delle funzioni vitali (Centralizzazione secondaria). Secondo quanto previsto dal DM 70/2015 per i Centri Regionali Traumi di Alta Specializzazione (CTS: bacino di utenza ottimale di 2.000.000 - 4.000.000 di abitanti), i cui volumi di attività non hanno consentito l'individuazione di un DEA II livello/CTS, come in Molise, è necessario *"realizzare aggregazioni che coinvolgono più regioni"* attraverso la predisposizione di appositi accordi interregionali con uno o più centri DEA di II livello/ CTS come target per i trasferimenti di pazienti con trauma maggiore.

L'attuale rete per il Trauma regionale è costituita dal PO Cardarelli di Campobasso (CTZ), dal PO di Termoli (PST) e dal PO di Isernia (PST), oltre che dalle strutture riabilitative ospedaliere e territoriali pubbliche.

Nell'ambito della rete trauma **l'Ospedale di Campobasso assume il ruolo di *Hub*** in quanto DEA di I livello e Centro Trauma di Zona (CTZ), che secondo il DM 70/2015, *"garantisce H.24, il trattamento, in modo definitivo, di tutte le lesioni tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialità"* ed è dotato di *"Personale addestrato alla gestione del trauma - Area attrezzata di accettazione per il trauma (Shock Room), comprendente almeno due postazioni per la stabilizzazione respiratoria e circolatoria e per le procedure chirurgiche di emergenza di controllo della via aerea, dello pneumotorace e delle emorragie"*.

Presso l'ospedale "Cardarelli" di Campobasso, pertanto, è assicurato il trattamento definitivo dei traumi maggiori.

Gli Ospedali di Termoli e Isernia svolgono invece il ruolo di *Spoke* in quanto Presidi di Pronto Soccorso per Traumi (PST) collocati in Strutture ospedaliere con Pronto Soccorso, dotati di Chirurgia Generale ed Ortopedia. Tali ospedali garantiscono *"prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore, il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni con instabilità cardio-respiratoria"*.

Il paziente con trauma grave/politrauma, se instabile, viene trasferito dal SET 118 presso il PST/CTZ più prossimo alla localizzazione geografica del trauma per essere stabilizzato; successivamente inviato al CTZ e se necessario al CTS fuori regione.

La centralizzazione secondaria di traumi che richiedano complessità assistenziale maggiore, pertanto, dovrà essere regolamentata da accordi interregionali con l'Ospedale "Cardarelli" di Napoli (DEA II Livello), con l'ospedale S. Spirito di Pescara e con l'AORN Santobono di Napoli (Traumatologia pediatrica) ad oggi non stipulati.

Con riferimento ai dati di contesto, la tabella sotto riportata, evidenzia che il volume di prestazioni erogate fuori regione a residenti in Molise rappresenta il 22-24 % delle prestazioni, mentre quando vengono selezionati i casi riguardanti la neurochirurgia la quota di casi trattati fuori regione sale al 52-60 %.

La quota di casi che richiedono l'utilizzo della terapia intensiva erogato fuori regione è diminuita dal 43% del 2019 al 30% del 2020 evidenziando un maggiore sviluppo nella capacità di gestione del trauma grave all'interno della regione forse aiutata dalla diminuzione generale dei casi legata al lockdown.

Tabella - Sintesi dei ricoveri per trauma erogati per residenti in Molise 2019-2020

	Ricoveri totali	transitati in neurochirurgia	transitati in terapia intensiva
produz molise, residenti in molise 2019	1918	21	22
produz molise, residenti in molise 2020	1494	10	35
produz molise 2019	2201	35	26
produz molise 2020	1688	30	46
Tot residenti in molise in Italia 2019	2539	43	38
Tot residenti in molise in Italia 2020	1905	25	50

Fonte: elaborazione su flusso SDO

Con riferimento alla centralizzazione secondaria presso strutture di livello superiore, si rileva che: i pazienti che hanno raggiunto il PS di Campobasso (CTZ), trasportati dal 118 o con mezzi propri, e che, successivamente a stabilizzazione, sono stati trasferiti ad altri istituti sono complessivamente pari a 49, nel periodo gennaio 2019-marzo 2022 (Fonte dati – Archivio informatico PS). Segue tabella di dettaglio.

Tabella - Centralizzazione secondaria verso strutture di livello superiore

INVIATO DA	DIAGNOSI TESTUALE	ESITO	CODICE COLORE ESITO	ISTITUTO TRASFERIMENTO	ANNO
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO COMPLICATO DA EMATOMA S	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	Osp. MAZZINI di Teramo	2019
Decisione propria	TRAUMA CRANICO	Trasferimento ad altro istituto	Verde	NEUROMED I.R.C.S.S.	2019
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO CON EMORRAGIA SUBARACNO	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	Ospedale Santobono Napoli	2019
Intervento C.O. 118	POLITRAUMA CON TRAUMA CRANICO E CONTUSI	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	Policlinico Gemelli Roma	2019
Decisione propria	FALDA EMATICA EXTRA-ASSIALE TEMPORALE SINI	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	NEUROMED I.R.C.S.S.	2019
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO COMMOTIVO CON FRATTURA	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	NEUROMED I.R.C.S.S.	2019
Intervento C.O. 118	POLITRAUMA CON FRATTURA EMIBACINO SINISTE	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	Istituto fuori Regione non codificato	2019
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO CON ESA - FRATTURA COMPOS	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	Ospedale Civile Pescara	2019
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO CON EMATOMA SUBDURALE A	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	Ospedale San Giovanni Rotondo	2019
Decisione propria	TRAUMA CRANICO DA CADUTA ACCIDENTALE CON	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	Ospedale Riuniti di Foggia	2019
Intervento C.O. 118	POLITRAUMA DELLA STRADA: TRAUMA CRANICO C	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	Ospedale Riuniti di Foggia	2019
Intervento C.O. 118	EMORRAGIA CEREBRALE E TRAUMA CRANICO CON	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	NEUROMED I.R.C.S.S.	2019
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO MAGGIORE DA INVESTIMENTO	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	NEUROMED I.R.C.S.S.	2019
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO MAGGIORE.	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	NEUROMED I.R.C.S.S.	2019
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO MAGGIORE CON ESA	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	NEUROMED I.R.C.S.S.	2019
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO MAGGIORE	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	NEUROMED I.R.C.S.S.	2019
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	Ospedale San Salvatore l'Aquila	2019
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO CON EMATOMA SUB DURALE E	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	NEUROMED I.R.C.S.S.	2019
Intervento C.O. 118	ESITI DI TRAUMA CRANICO MINORE	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	Istituto Regionale non codificato	2019
Decisione propria	RECENTE TRAUMA CRANICO OCCIPITALE CON FLC	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	NEUROMED I.R.C.S.S.	2019
Decisione propria	EMATOMA INTRAPARENCHIMALE ACUTO	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	NEUROMED I.R.C.S.S.	2019
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO CON FRATTURA DELLA TECA CRANICA, FOCOLAI LACERO CONTUSIVI CEREBRALI	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	NEUROMED I.R.C.S.S.	2020
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO CON MULTIPLI FOCOLAI LACERO-CONTUSIVI	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	NEUROMED I.R.C.S.S.	2020
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO CON ESA, FRATTURA LABIRINTICA DELLA ROCCA PETROSA DX EMOTIMPANO, FRATTURA OSSEO TEMPORALE OCCIPITALE E DELL'ORBITA DX, FRATTURA DELLA V COSTA A DX, TRAUMA CHIUSO ADDOMINALE CON PICCOLISSIMA FALDA FULUIDA NEL MORRISON	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	NEUROMED I.R.C.S.S.	2020
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO - EMATOMA SUBDURALE ACUTO BIEMISFERICO - ESA FRONTO- TEMPORO- PARIETALE - FRATTURA TEMPORO-PARIETALE SX	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	Ospedale San Giovanni Rotondo	2020
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO MAGGIORE. EMATOMI CEREBRALI IN EVOLUZIONE, FRATTURA TECA CRANICA	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	NEUROMED I.R.C.S.S.	2020
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO MAGGIORE.	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	NEUROMED I.R.C.S.S.	2020
Intervento C.O. 118	STATO COMATOSO, TRAUMA CRANICO CON FRATTURA DELLA TECA ED ESA.	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	NEUROMED I.R.C.S.S.	2020
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO CON FRATTURA SCOMPOSTA DELLA TECA EMISFERO DX, CON AVVALLAMENTO DEI FRAMMENTI ED EMATOMA SUBDURALE SOTTOSTANTE. CONTUSIONE GOMITO SN.	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	NEUROMED I.R.C.S.S.	2020
Decisione propria	ESITI DI TRAUMA CRANICO	Trasferimento ad altro istituto	Verde	NEUROMED I.R.C.S.S.	2020
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO CON FRATTURA TEMPOROPARIETALE DX, ESA BILATERALE ED EMATOMA SUBDURALE TEMPORO-FRONTO- PARIETALE BILATERALE. TRAUMA CHIUSO TORACICO CON FRATTURA DI III, IV E V COSTA EMOTORACE DX, CONTUSIONI MINORI MULTIPLE.	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	NEUROMED I.R.C.S.S.	2020
Decisione propria	EMORRAGIA CEREBRALE IN PZ CON TRAUMA CRANICO.	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	NEUROMED I.R.C.S.S.	2020
Intervento C.O. 118	POLITRAUMA, TRAUMA CRANICO MAGGIORE, FRATTURA FEMORE SX, FRATTURE COSTALI.	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	Ospedale Civile Pescara	2021
Intervento C.O. 118	POLITRAUMA IN INCIDENTE DELLA STRADA. TRAUMA CRANICO COMMOTIVO CON PROTRATTA PERDITA DI COSCIENZA. TRAUMA	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	Ospedale Civile Pescara	2021
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO COMMOTIVO EMORRAGIA CEREBRALE FRATTURA TECA CRANICA	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	NEUROMED I.R.C.S.S.	2021
Decisione propria	TRAUMA CRANICO	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	Istituto fuori Regione non codificato	2021
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO CON EMORRAGIA SUBARACNOIDEA E POLIFRATTURE DELLA	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	Ospedale Civile Pescara	2021
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO MAGGIORE. MIELOMA	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	NEUROMED I.R.C.S.S.	2021
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO MAGGIORE.	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	NEUROMED I.R.C.S.S.	2021
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO MAGGIORE	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	NEUROMED I.R.C.S.S.	2021
Intervento C.O. 118	FRATTURA DI C2 ESTESA ALLA BASE DEL DENTE DELL'EPISTROFEO CON MODESTA ANGOLAZIONE DEI FRAMMENTI OSSEI ASSOCIATA A RETROPULSIONE ENDOCANALARE POSTERIORE DEL DENTE STESSO. FERITA L.C. DEL CUOIO	Trasferimento ad altro istituto	Giallo	NEUROMED I.R.C.S.S.	2021
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO MAGGIORE	Trasferimento ad altro istituto	Rosso	NEUROMED I.R.C.S.S.	2021
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO E CERVICALE MAGGIORE	Trasferimento ad altro istituto	Emergenza	NEUROMED I.R.C.S.S.	2022
Intervento C.O. 118	EMORRAGIA INTRACRANICA DA VEROSIMITE TRAUMATISMO CRANICO	Trasferimento ad altro istituto	Emergenza	NEUROMED I.R.C.S.S.	2022
Decisione propria	RIFERITO TRAUMA CRANICO	Trasferimento ad altro istituto	Urgenza Indifferibile	NEUROMED I.R.C.S.S.	2022
Intervento C.O. 118	TRAUMA CRANICO MAGGIORE. EMORRAGIA CEREBRALE	Trasferimento ad altro istituto	Emergenza	NEUROMED I.R.C.S.S.	2022
Intervento C.O. 118	FRATTURA PLURIFRAMMENTARIA TECA CRANICA CPN EMORRAGIA SUBDURALE ED INTRAPARENCHIMALE. SUBLUSSAZIONE I DITO	Trasferimento ad altro istituto	Urgenza Indifferibile	NEUROMED I.R.C.S.S.	2022
Intervento C.O. 118	#####	Trasferimento ad altro istituto	Emergenza	Ospedale Civile Pescara	2022

L'attuale configurazione della rete non appare in grado di gestire il trauma maggiore che richiede necessariamente l'integrazione con il DEA II livello, CTS, individuato negli ospedali "Cardarelli" di Napoli, "Santo Bono" di Napoli (traumatologia pediatrica) e "Santo Spirito" di Pescara, nonché il potenziamento del servizio di elisoccorso. I posti letto delle strutture pubbliche e dei punti erogatori sono stati definiti nell'Allegato 1 (Tabella C) – "Reti ospedaliere" inviato per la preventiva valutazione – invio SIVeAS 128/2023

5.1.4 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 5.1.1 Istituzione del Coordinamento regionale delle reti cliniche

Azione 5.1.1.1 Definizione regionale del coordinamento delle reti

Indicatore 5.1.1.1 DCA

Obiettivo 5.1.2 Riorganizzazione della Rete Cardiologica

Azione 5.1.2.1 Riorganizzazione Rete Cardiologica dell'emergenza e servizi di emodinamica

Indicatore 5.1.2.1 DCA

Azione 5.1.2.2 Attivazione sistema teletrasmissione SET 118/rete cardiologica

Indicatore 5.1.2.2 Provvedimento ASReM

Azione 5.1.2.3 Definizione PDTA condivisi rete cardiologica

Indicatore 5.1.2.3 DCA

Azione 5.1.2.4 Definizione protocollo di rete per il trasporto primario/secondario

Indicatore 5.1.2.4 Provvedimento ASReM

Azione 5.1.2.5 Formazione personale 118/cardiologi per refertazione da remoto

Indicatore 5.1.2.5 Provvedimento ASReM

Azione 5.1.2.6 Stipula accordi e protocolli operativi con CCH Responsible Hospital

Indicatore 5.1.2.6 Provvedimento ASReM

Obiettivo 5.1.3 Riorganizzazione della Rete Ictus

Azione 5.1.3.1 Stipula di accordi e protocolli operativi per Stroke Unit di II livello e per Neurochirurgia con IRCCS Neuromed **Indicatore 5.1.3.1** Provvedimento ASReM - Accordo IRCCS Neuromed

Azione 5.1.3.2 Potenziamento elisoccorso e adeguamento struttura del Cardarelli

Indicatore 5.1.3.2 DCA/Sottoscrizione accordi elisoccorso

Azione 5.1.3.3 Potenziamento struttura informatica per teleconsulto/ trasmissione immagini (Ris- Pacs) e Integrazione applicativi ITC, RIS-PACS, Supporto informatico diffuso, FSE.

Indicatore 5.1.3.3 Provvedimento ASReM

Azione 5.1.3.4 Definizione PDTA ICTUS

Indicatore 5.1.3.4 DCA

Azione 5.1.3.5 Definizione protocollo di rete per il trasporto primario/ secondario/Back transport

Indicatore 5.1.3.5 Provvedimento ASReM

Azione 5.1.3.6 Attivazione servizio radiologia interventistica – Cardarelli CB

Indicatore 5.1.3.6 Provvedimento ASReM

Azione 5.1.3.7 Monitoraggio attività di tele stroke

Indicatore 5.1.3.7 Report semestrale

Azione 5.1.3.8 Formazione 118/PS

Indicatore 5.1.3.8 Provvedimento ASReM

Obiettivo 5.1.4 Riorganizzazione della Rete Traumatologica

Azione 5.1.4.1 Stipula di accordi e protocolli operativi con strutture extraregionali DEA II CTS

Indicatore 5.1.4.1 Accordo con Cardarelli – Napoli/Ospedale S. Spirito di Pescara-Provvedimento ASReM

Azione 5.1.4.2 Aggiornamento PDTA con attivazione Trauma Team e Area Funzionale Omogenea chirurgico-traumatologica – (AFO)

Indicatore 5.1.4.2 DCA

Azione 5.1.4.3 Definizione protocollo di rete per il trasporto primario/secondario

Indicatore 5.1.4.3 Provvedimento ASReM

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
5.1.1 Istituzione del Coordinamento regionale delle reti cliniche	5.1.1.1 Definizione regionale del coordinamento delle reti cliniche	30/06/2024	DCA	Si/no		
5.1.2 Riorganizzazione della Rete Cardiologica	5.1.2.1 Riorganizzazione Rete Cardiologica dell'emergenza e servizi di emodinamica	30/09/2024	DCA	Si/no		
	5.1.2.2 Attivazione sistema teletrasmissione SET 118/rete cardiologica	30/09/2024	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.1.2.3 Definizione PDTA condivisi rete cardiologica	30/09/2024	DCA	Si/no		
	5.1.2.4 Definizione protocollo di rete per il trasporto primario/secondario	30/06/2024	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.1.2.5 Formazione personale 118/ cardiologi per refertazione da remoto	30/09/2024	Provvedimento ASReM	N. personale formato (100%)		
	5.1.2.6 Stipula accordi e protocolli operativi con CCH Responsible Hospital	30/09/2024	Provvedimento ASReM	Si/no		
5.1.3 Riorganizzazione della Rete Ictus	5.1.3.1 Stipula di accordi e protocolli operativi per Stroke Unit di II livello e per Neurochirurgia con IRCCS Neuromed	30/06/2024	Provvedimento ASReM. Accordo con IRCCS Neuromed	Si/no		
	5.1.3.2 Potenziamento elisoccorso e adeguamento struttura del Cardarelli	30/09/2024	DCA/Sottoscrizione accordi elisoccorso	Si/no		
	5.1.3.3 Potenziamento struttura informatica per teleconsulto/ trasmissione immagini (Ris- Pacs) e Integrazione applicativi	30/09/2024	Provvedimento ASReM	Si/no		

	ITC, RIS-PACS, Supporto informatico diffuso, FSE.					
	5.1.3.4 Definizione PDTA ICTUS	30/09/2024	DCA	Si/no		
	5.1.3.5 Definizione protocollo di rete per il trasporto primario/secondario/Back transport	30/06/2024	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.1.3.6 Attivazione servizio radiologia interventistica – Cardarelli CB	30/06/2024	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.1.3.7 Monitoraggio attività di tele stroke	30/09/2024	Report Semestrale	Si/no		
	5.1.3.8 Formazione 118/PS	30/09/2024	Provvedimento ASReM	Si/no		
5.1.4 Riorganizzazione della Rete Traumatologica	5.1.4.1 Stipula di accordi e protocolli operativi con strutture extraregionali DEA II CTS	30/09/2024	Accordo con Cardarelli – Napoli/Ospedale S. Spirito di Pescara-Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.1.4.2 Aggiornamento PDTA con attivazione Trauma Team e Area Funzionale Omogenea chirurgico-traumatologica – (AFO)	30/09/2024	DCA	Si/no		
	5.1.4.3 Definizione protocollo di rete per il trasporto primario/secondario	30/06/2024	Provvedimento ASReM	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
Servizio Ospedalità pubblica e privata della Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						

5.2 Rete dei punti nascita

Garantire la realizzazione del “percorso nascita” significa operare in una rete integrata di servizi territoriali ed ospedalieri in grado di rispondere ai bisogni della donna in gravidanza e nel puerperio e tutelare la salute del bambino garantendo la massima sicurezza nel rispetto della fisiologia dell’evento. Tale modello organizzativo deve trovare declinazione all’interno della rete ospedaliera pediatrica e dei punti nascita.

Preliminarmente, con riferimento al contesto regionale, si rileva come la popolazione residente in Molise sia in continua decrescita, fino ad essere, al 1° gennaio 2022, pari a 290.769 unità; ciò è la conseguenza non solo dell’aumento del tasso di mortalità per la pandemia da Covid-19 ma anche della progressiva diminuzione del tasso di natalità, sceso al 5,8 per mille (il più basso in Italia insieme alla Sardegna), con un tasso di crescita naturale (rapporto tra nascite e decessi) pari a -9,5 per mille (il peggiore in Italia).

L’attuale rete materno-neonatale è così costituita:

1. Punti nascita (PN)

- Punto nascita di Campobasso, inserito all’interno del PO Cardarelli (DEA di I Livello) (UOC) con la presenza di una terapia intensiva neonatale;
- Punto nascita di Isernia (UOS), inserito all’interno del PO Veneziense (Ospedale di pronto soccorso) che, nonostante il basso numero di parti, ha ottenuto la deroga da parte del Comitato Percorso Nascita Nazionale (CPNn) per le disagiate condizioni oro-geografiche a condizione che venisse chiuso il PN di Termoli;

- Il Punto nascita di Termoli (UOC), attualmente ancora in funzione, stante la decisione degli organi di giustizia amministrativa, nonostante il parere negativo del CPNn che ne richiedeva la chiusura a causa del basso numero di parti, dell'alto tasso di tagli cesarei, della mancanza dei requisiti di personale e tecnologici richiesti per un punto nascita sicuro.

Obiettivo della Struttura Commissariale è quello di porre in essere azioni volte al recupero della mobilità passiva e all'adeguamento agli standard minimi previsti dalla normativa vigente per il suo mantenimento.

2. Rete consultoriale

L'indagine nazionale sui Consultori Familiari (CF) 2018-2019, promossa e finanziata dal Ministero della Salute e coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità, per quanto attiene alla Regione Molise, rileva che quanto risultato da una precedente indagine nazionale sui CF in Molise, ed in particolare la mancata attuazione del POMI (Progetto Obiettivo Materno Infantile D.M. 24 aprile 2000), anche nella parte in cui si indicava alle Regioni di dotare i territori di 1 consultorio ogni 20.000 abitanti in area urbana e di 1 ogni 10-15.000 abitanti in zone rurali, ancor oggi, a distanza di 20 anni, non ha avuto piena attuazione. La distribuzione territoriale dei consultori in Molise è molto lontana dal gold standard di un consultorio ogni 20.000 residenti (come già indicato nel POMI del 2000 e recentemente ribadito nel DM 77/2022 in cui è previsto un consultorio ogni 10.000 abitanti nelle aree interne e rurali) ed è la più bassa nel contesto nazionale.

L'attuale distribuzione delle sedi consultoriali in Molise è così rappresentata:

- Distretto sanitario di Campobasso
Consultorio familiare di Campobasso (HUB)
Consultorio familiare di Bojano (SPOKE)
- Distretto sanitario di Isernia
Consultorio familiare di Isernia (HUB)
Consultorio familiare di Venafro (SPOKE)
Consultorio familiare di Agnone (SPOKE)
- Distretto sanitario di Termoli
Consultorio familiare di Termoli (HUB)
Consultorio familiare di Larino (SPOKE)

La Struttura Commissariale intende rafforzare e valorizzare la rete consultoriale attraverso le seguenti azioni:

- Istituzione di un gruppo di lavoro per la rimodulazione della rete consultoriale
- Adeguamento tecnologico;
- Incremento delle professionalità.

Pediatrie ospedaliere

- Pediatria di Campobasso, inserita all'interno del PO Cardarelli (DEA di I Livello) con la presenza di una terapia intensiva neonatale (UOC);
- Pediatria di Isernia, inserito all'interno del PO Veneziale (Ospedale di pronto soccorso) (UOS);
- Pediatria di Termoli (Ospedale di pronto soccorso) (UOSVD).

Nella rete materno neonatale va valorizzata la funzione del consultorio come luogo elettivo per seguire il percorso nascita.

Obiettivo principale deve essere quello di garantire cure non invasive alla grande parte delle gravidanze che sono fisiologiche ed un'adeguata identificazione, monitoraggio e trattamento della quota di gravidanze a rischio.

Va ridotta la frequenza di procedure diagnostiche e terapeutiche complesse ed invasive: il numero di parti cesarei è uno degli indicatori per misurare la qualità delle cure alla nascita.

L'OMS raccomanda il contenimento del parto cesareo al di sotto del 15% dei parti. Nonostante nel corso degli anni ci sia stato un progressivo contenimento del ricorso al taglio cesareo ancora nel 2021 su un totale di 1327 parti, n. 473 sono stati parti cesarei, con un'incidenza del 35,6 % e con una rilevante variabilità tra le diverse aree territoriali.

Quindi, nel sistema articolato di servizi, che assicura protezione durante tutto il percorso nascita, si dovrà tendere a migliorare l'interconnessione tra i vari "nodi" del sistema ed in particolare occorre:

- garantire il percorso della donna in gravidanza fino al momento del parto e il puerperio nell'ambito della rete consultoriale, rafforzando l'équipe sia numericamente, sia inserendo tutte le professionalità richieste (ostetrica, ginecologo, assistente sociale, psicologo, pediatra, ecc), adeguando le tecnologie necessarie e inserendo i consultori nella rete informatica regionale. In sintesi, valorizzare il consultorio come luogo elettivo per seguire il percorso nascita;
- assicurare gli accessi della donna ai livelli specialistici attraverso la strutturazione di percorsi assistenziali dipartimentali articolati in base alla complessità, a garanzia della omogeneità e della completezza delle prestazioni su tutto il territorio regionale;
- potenziare le azioni classificabili come interventi di rispetto e di promozione della fisiologia dell'evento, per garantire la necessaria attenzione agli aspetti umani e relazionali in tutte le situazioni, compresi i livelli di cure intensive;
- garantire lo svolgimento dei corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) all'interno dei Consultori, avvalendosi di figure professionali specifiche quali il "prenatal tutor", che si sono dimostrate efficaci nel sostegno della partoriente, nella promozione della comunicazione madre-figlio e nella riduzione dell'incidenza dei tagli cesarei;
- garantire una specifica sorveglianza sull'incidenza dei parti cesarei e contenere il ricorso al taglio cesareo riservandolo ai casi con una indicazione precisa;
- promuovere l'allattamento al seno, con l'applicazione di tutte le indicazioni OMS;
- promuovere le modalità per favorire il parto fisiologico "senza dolore";
- attuare programmi di prevenzione della depressione post-partum;
- promuovere il percorso nascita e lo sviluppo sano del bambino (es. Progetto Mille giorni dell'ISS);
- promuovere, per una migliore assistenza al neonato, una più stretta collaborazione tra il pediatra ospedaliero e quello di libera scelta, sia per una dimissione "*concordata ed appropriata*" della puerpera e del neonato presunto sano, che garantisca la sicurezza del neonato e la tranquillità della famiglia, sia nelle situazioni di dimissione "*protetta*" di alcuni neonati patologici (es. prematuri con displasia broncopolmonare) per una necessaria "cogestione" del paziente da parte del neonatologo ospedaliero e del pediatra di libera scelta attraverso la definizione di PDTA specifici.

Al fine di individuare un percorso di valorizzazione della gravidanza è stato adottato il DCA n. 68/2023 avente ad oggetto "Percorso nascita: l'Agenda della Gravidanza. Provvedimenti" attualmente in fase di implementazione e che verrà tradotto in più lingue per raggiungere un maggior numero di utenti.

5.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 5.2.1 Ridefinizione la rete ospedaliera pediatrica e dei punti nascita

Azione 5.2.1.1 Rafforzamento e valorizzazione della rete consultoriale (incremento del numero di professionisti e adeguamento tecnologico)

Indicatore 5.2.1.1 DCA

Azione 5.2.1.2 Definizione di PDTA specifici per Percorso Nascita, prevedendo una stretta collaborazione tra il pediatra ospedaliero e quello di libera scelta

Indicatore 5.2.1.2 DCA

Azione 5.2.1.3 Monitoraggio dei parti cesarei

Indicatore 5.2.1.3 Report trimestrale

Azione 5.2.1.4 Ridefinizione del sistema del trasporto neonatale e del trasporto in utero, ai sensi della L.R. n.16 del 26 aprile 1999

Indicatore 5.2.1.4 DCA

Azione 5.2.1.5 Promozione del parto fisiologico indolore

Indicatore 5.2.1.5 Provvedimento ASReM

Azione 5.2.1.6 Attuazione di programmi di prevenzione della depressione post-partum

Indicatore 5.2.1.6 Provvedimento ASReM

Azione 5.2.1.7 Realizzazione di campagne di promozione del percorso nascita e dello sviluppo sano del bambino

Indicatore 5.2.1.7 Provvedimento ASReM

Azione 5.2.1.8 Istituzione di un gruppo di lavoro

Indicatore 5.2.1.8 DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
5.2.1 Ridefinizione la rete ospedaliera pediatrica e dei punti nascita	5.2.1.1 Rafforzamento e valorizzazione della rete consultoriale (incremento del numero di professionisti e adeguamento tecnologico)	30/09/2024	DCA			
	5.2.1.2 Definizione di PDTA specifici per Percorso Nascita, prevedendo una stretta collaborazione tra il pediatra ospedaliero e quello di libera scelta	31/12/2024	DCA			
	5.2.1.3 Monitoraggio dei parti cesarei	30/06/2024	Report trimestrale	(trimestrale)		
	5.2.1.4 Ridefinizione del sistema del trasporto neonatale e del trasporto in utero, ai sensi della L.R. n.16 del 26 aprile 1999	30/09/2024	DCA			
	5.2.1.5 Promozione del parto fisiologico indolore	30/06/2024	Provvedimento ASReM			
	5.2.1.6 Attuazione di programmi di prevenzione della depressione post-partum	30/06/2024	Provvedimento ASReM			
	5.2.1.7 Realizzazione di campagne di promozione del percorso nascita e dello sviluppo sano del bambino	30/09/2024	Provvedimento ASReM			
	5.2.1.8 Istituzione di un gruppo di lavoro	30/06/2024	DCA			
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						

5.3 Rete oncologica

Negli ultimi dieci anni con l'aumento dell'invecchiamento della popolazione i casi di tumore nel mondo sono aumentati di più di un terzo ed il cancro è la seconda causa di morte al mondo dopo le malattie cardiovascolari.

I dati epidemiologici relativi a incidenza, prevalenza e mortalità dei diversi tipi di tumore sono utili per valutare nel tempo l'efficacia degli interventi di prevenzione primaria e secondaria, per verificare la qualità delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, per programmare i servizi che devono essere previsti dalla Rete Oncologica ed il relativo dimensionamento nel numero e nella collocazione geografica.

La necessità di un'organizzazione in Rete deriva dalla complessità dei bisogni sanitari.

Uno dei requisiti indispensabili per il funzionamento di una Rete Oncologica è rappresentato dall'attivazione di un modello organizzativo, che preveda l'approccio multidisciplinare con l'integrazione delle differenti specialità in un team tumore specifico per la gestione clinica dei pazienti, che assicuri l'equità di accesso alle cure e la precoce presa in carico con la condivisione dei percorsi di cura.

L'Oncologia oggi si caratterizza come una disciplina che presenta particolari caratteristiche in termini assistenziali. Infatti, in buona parte, è di tipo territoriale e si estrinseca con attività di educazione sanitaria (prevenzione primaria, prevenzione secondaria, ospedale a domicilio, follow up, terminalità), in parte è di tipo ospedaliero (diagnosi e cura primaria, adiuvante, avanzata, integrata) ed in parte contiene un'area importante di ricerca (Università, IRCCS, Ospedali ed anche territorio).

La programmazione di una rete deve tener conto anche della sostenibilità in termini economici del progetto, stante la limitatezza di risorse disponibili, ed il progetto può divenire sostenibile solo se si organizzano e coordinano le aree territoriali, specialistiche ospedaliere e di ricerca.

Nella programmazione della rete occorre quindi strutturare una stretta coordinazione tra tutti gli eventi diagnostico-clinici e clinico-assistenziali dell'oncologia con i vari servizi, attraverso la creazione di PAI e PDTA specifici in cui le singole attività e ciascun servizio, pur organizzati territorialmente sul modello hub & spoke, siano strettamente integrate.

Il valore aggiunto della ricerca e dell'assistenza Universitaria consente non solo di poter sperimentare nuove tecnologie diagnostiche, terapeutiche, assistenziali, ma anche nuovi modelli organizzativi economicamente sostenibili; ad esempio, attraverso metodologie innovative per la gestione strategica delle risorse e il controllo di gestione (HTA) ed elaborando piani sperimentali per applicazioni di e-Health in oncologia.

La Struttura Commissariale, con invio SIVEAS n. 98/2023, ha trasmesso per la preventiva approvazione, il documento denominato "Rete oncologica regionale del Molise" ai cui contenuti si fa riferimento.

5.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 5.3.1 Riorganizzazione della rete oncologica regionale

Azione 5.3.1.1 Adozione del documento di riorganizzazione della rete oncologica regionale

Indicatore 5.3.1.1 DCA

Azione 5.3.1.2 Nomina organismo regionale di coordinamento della rete oncologica

Indicatore 5.3.1.2 Provvedimento regionale

Azione 5.3.1.3 Definizione del nucleo coordinamento aziendale

Indicatore 5.3.1.3 Provvedimento ASReM

Azione 5.3.1.4 Definizione del comitato tecnico scientifico

Indicatore 5.3.1.4 Provvedimento ASReM

Azione 5.3.1.5 Definizione delle porte d'accesso

Indicatore 5.3.1.5 Provvedimento ASReM

Azione 5.3.1.6 Adeguamento anatomia patologica

Indicatore 5.3.1.6 Provvedimento ASReM

Azione 5.3.1.7 Implementazione sanità digitale

Indicatore 5.3.1.7 Provvedimento ASReM

Azione 5.3.1.8 Realizzazione di campagne informative

Indicatore 5.3.1.8 Relazione

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
5.3.1 Riorganizzazione della rete oncologica regionale	5.3.1.1 Adozione del documento di riorganizzazione della rete oncologica regionale	30/06/2024	DCA	Si/no		
	5.3.1.2 Nomina organismo regionale di coordinamento della rete oncologica	30/06/2024	Provvedimento regionale	Si/no		
	5.3.1.3 Definizione del nucleo coordinamento aziendale	30/09/2024	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.3.1.4 Definizione del comitato tecnico scientifico	30/09/2024	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.3.1.5 Definizione delle porte d'accesso	31/12/2024	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.3.1.6 Adeguamento anatomia patologica	31/12/2024	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.3.1.7 Implementazione sanità digitale	31/12/2024	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.3.1.8 Realizzazione di campagne informative	31/12/2024	Relazione	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
Servizio Ospedalità pubblica e privata della Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						

5.4 Rete trapiantologica

La Regione Molise ha recepito la legge N. 91 del 1 aprile 1999 con la delibera di Giunta Regionale n.1827 del 28/12/2000 riconoscendo come Centro Regionale Trapianti per il Molise il Centro Regionale per i Trapianti della Regione Abruzzo. Nella stessa delibera ha nominato il Coordinatore Regionale Trapianti (art.n.10 della legge 91/99) e i Coordinatori Locali delle Aziende (art.12 della legge 91/99). Con delibera n.1618 del 14/11/2005 ha nominato il Coordinatore Regionale Donazione e Prelievi.

I dettami della legge n. 91/99 sull'organizzazione delle attività di coordinamento, recepiti nelle linee guida approvate in conferenza Stato-Regioni in data 21-03-2002, sono stati recepiti dalla Regione Abruzzo con DGR n. 88 del 13/2/2004 e dalla Regione Molise con DGR n. 1169 del 06.10.2003.

Ad oggi il Centro Regionale opera ai sensi dell'art. 10 della legge n. 91/99 che al comma 1 recita: *“Le regioni, qualora non abbiano già provveduto ai sensi della legge 2 dicembre 1975, n. 644, istituiscono un centro regionale per i trapianti. Il centro regionale ha sede presso una struttura pubblica e si avvale di uno o più laboratori di immunologia per i trapianti per l'espletamento delle attività di tipizzazione tissutale”*.

La Regione Molise, pertanto, non dispone di un proprio Centro Regionale per i Trapianti (CRT) e si avvale, per le attività operative di cui all'art 10, comma 6, L n. 91/99, del Centro Regionale per i Trapianti (CRT) attivo nella Regione Abruzzo. Con DCA n. 4 del 16/02/2022 la Regione Molise ha approvato lo schema di convenzione avente ad oggetto *«Accordo di collaborazione tra la Regione Abruzzo e la Regione Molise per lo svolgimento delle attività operative del Centro Regionale Trapianti (C.R.T.) di cui all'art 10 della legge 91/99»*.

La convenzione con il Centro Regionale Trapianti (CRT) U.O.S.D. della ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila è stata approvata con DGR Abruzzo n. 858 del 22 dicembre 2021 ed ha una durata di cinque anni.

Nella Regione Abruzzo le funzioni operative del Centro Regionale per i Trapianti (CRT) di cui all'art. 10 della L. n. 91/1999 sono svolte dal Centro Regionale Trapianti (CRT) U.O.S.D. della ASL Avezzano- Sulmona-L'Aquila, presso l'Ospedale S. Salvatore.

La Rete Molisana dei Trapianti comprende quindi:

- a) il Centro Regionale per i Trapianti Regione Abruzzo - Regione Molise, che costituisce il punto di raccordo dell'intera rete ed il collegamento con il sistema interregionale (Organizzazione Centro - Sud Trapianti) e nazionale (Centro Nazionale Trapianti);
- b) l'Unità di Rianimazione dei PO di Isernia, Campobasso e Termoli, deputate al reclutamento degli organi e dei tessuti;
- c) i Coordinatori Locali (da nominare);
- d) la Banca degli Occhi - Centro di riferimento per le Donazioni e i Trapianti di cornea per la Regione Abruzzo e Regione Molise (L'Aquila);
- e) Trapianto del midollo con accordo/protocollo con il Responsible Research Hospital;
- f) il Centro Regionale di Immunoematologia e Tipizzazione Tissutale (L'Aquila);
- g) i Centri trapianto di cornea negli Ospedali della Regione Molise.

Nella programmazione 2023-2025 la Regione intende attuare una serie di interventi volti a garantirne il miglioramento dell'attuale Rete Trapiantologica regionale. Nello specifico saranno perseguiti i seguenti obiettivi:

- il potenziamento delle rianimazioni, che costituisce il primo e necessario investimento per migliorare l'attività di prelievo e trapianto di organi;
- il potenziamento del coordinamento locale, che dovrà essere migliorato e disciplinato da protocolli aziendali, al fine di garantire nelle 24 ore le attività di prelievo di organo e tessuti in tutti gli ospedali del Molise dotati di Rianimazione;
- la formazione del personale delle rianimazioni e dei reparti, per potenziare il prelievo di cornea.

5.4.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 5.4.1 Potenziamento della Rete Trapiantologica

Azione 5.4.1.1 Nomina coordinatore locale

Indicatore 5.4.1.1 Provvedimento ASReM

Azione 5.4.1.2 Formazione personale per prelievo cornea in collaborazione con UOC oculistica

Indicatore 5.4.1.2 Protocollo condiviso con CRT Abruzzo

Azione 5.4.1.3 Formazione personale per trapianti

Indicatore 5.4.1.3 Provvedimento ASReM

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO								
Obiettivo	Azione		Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG	
5.4.1 Potenziamento della Rete Trapiantologica	5.4.1.1	Nomina coordinatore locale	31/12/2024	Provvedimento ASReM	Si/no			
	5.4.1.2	Formazione personale per prelievo cornea in collaborazione con UOC oculistica	31/03/2025	Protocollo condiviso con CRT Abruzzo	Si/no			
	5.4.1.3	Formazione personale per trapianti	30/06/2025	Provvedimento ASReM	Si/no			
Responsabile del procedimento attuativo								
Direzione Generale per la Salute Servizio Ospedalità pubblica e privata della Direzione Generale per la Salute								
Direzione Generale A.S.Re.M.								

5.5 Rete malattie rare

Le Malattie Rare costituiscono un insieme di patologie numericamente cospicuo; La legge n. 175/2021 definisce “malattie rare” quelle patologie con prevalenza inferiore a cinque individui su diecimila. Si tratta di una categoria estremamente eterogenea sia nell'eziopatogenesi che nelle manifestazioni sintomatologiche.

Le Malattie Rare costituiscono un gruppo mal definito che assume tuttavia un proprio rilievo e una propria specificità scientifica per la presenza unificante di caratteristiche ricorrenti quali le difficoltà diagnostiche, la scarsità di opzioni terapeutiche, la scarsità di percorsi assistenziali strutturati, l'andamento spesso cronico ed invalidante e, soprattutto, l'impatto emotivo dovuto alla solitudine di fronte alla malattia avvertita dal paziente e dalla propria famiglia.

L'Italia ha intrapreso la strada di un intervento normativo globale nei confronti delle malattie Rare (MR) sin dal 2001, con l'entrata in vigore del DM n. 279/2001 che ha disposto specifiche tutele per i malati, ha disegnato un modello di rete delle strutture sanitarie competenti ed ha istituito lo strumento di rilevazione nazionale del Registro Nazionale delle Malattie Rare presso l'Istituto Superiore di Sanità.

A partire dal 2001 le Regioni hanno iniziato a individuare i Presidi per l'assistenza ai pazienti affetti da malattie rare e attualmente le reti regionali sono indicate su quasi tutto il territorio nazionale.

Dal Luglio 2002 è stato istituito nell'ambito della conferenza Stato-Regioni un gruppo tecnico interregionale permanente, al quale partecipano il Ministero della Salute e l'ISS, il cui obiettivo è rappresentato dall'ottimizzazione del funzionamento delle reti regionali e dalla salvaguardia del principio di equità dell'assistenza per tutti i cittadini.

La Regione Molise, in attuazione delle disposizioni dell'art. 2 D.M. 279/2001 con D.G.R. 14.10.2002, n. 1565 ha individuato quali Presidi accreditati da inserire nella rete nazionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare di cui al D.M. 18.05.2001, n. 279:

a) l' U.O. di Auxoendocrinologia e Diabetologia Pediatrica presso il P.O. “Cardarelli” di Campobasso;

b) l'U.O.C. Oculistica presso il P.O. “Vietri” di Larino;

Con D.G.R. 04.03.2002, n. 353 ha provveduto ad individuare quale ulteriore Presidio accreditato da inserire nella Rete Nazionale per le malattie rare del sistema nervoso e degli organi di senso,

c) l'I.R.C.C.S. di diritto privato NEUROMED di Pozzilli.

Con successiva D.G.R. 03.08.2005, n. 1099 la Regione ha provveduto a costituire il Comitato Regionale di Coordinamento dei Presidi della Rete presenti in Regione con le seguenti funzioni: coordinare i presidi della rete anche mediante l'adozione di specifici protocolli clinici condivisi; promuovere l'informazione ai cittadini e la formazione degli operatori; collaborare con l'Istituto Superiore di Sanità; collaborare con le Associazioni di Volontariato operanti nel campo delle Malattie Rare.

In recepimento dell'Accordo Stato-Regioni e Province autonome del 10.05.2007 - Rep. 103/CSR la Regione Molise ha istituito con D.G.R. Molise 29 luglio 2008, n. 822 il proprio Registro Regionale «Malattie Rare» che costituisce articolazione territoriale del Registro Nazionale istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità.

Il Registro regionale si propone molteplici obiettivi, tra i quali la definizione del numero di casi di malattia rara nell'ambito della Regione Molise; la definizione del ritardo diagnostico; la rilevazione della migrazione sanitaria; la promozione del confronto tra gli operatori sanitari; il monitoraggio del percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale dei pazienti; il contributo allo sviluppo delle politiche sanitarie regionali per le malattie rare.

Il Registro MR molisano alimenta il Registro nazionale, conformemente all'Accordo Stato-Regioni 10 maggio 2007-Rep. 103/CSR - con il seguente set minimo di dati, riferiti al paziente al momento del riconoscimento dell'esenzione per malattia rara: a) identificativo univoco dell'utente, corredato dalle restanti informazioni dell'anagrafica standard dei flussi informativi sanitari; b) condizione: vivo-morto (specificare data decesso); c) diagnosi della patologia (definita in base al codice di esenzione del DM n. 279/2001); d) Regione, ente, struttura (codici nazionali standard) che ha effettuato la diagnosi; e) data di esordio della malattia; f) data della diagnosi; g) farmaco orfano erogato.

Con D.G.R. 21 marzo 2011, n. 155 l'U.O.C. Medicina Trasfusionale del P.O. San Timoteo di Termoli è stata costituita quale Centro regionale di riferimento per la diagnosi e la cura delle emofilie e delle malattie emorragiche congenite; di conseguenza il suddetto SMT è stato individuato quale Presidio regionale da inserire nella rete nazionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare del sangue di cui al D.M. 18.05.2001, n. 279.

La Regione Molise, in caso di necessità, di ricorrere a strutture sanitarie pubbliche extraregionali, in Italia e all'estero, riconosce il diritto al rimborso delle spese a carico dell'ASREM, in favore dei cittadini affetti da patologie che necessitano di trapianto d'organo o di tessuti o affetti da patologie rare riconosciute dal Ministero della Salute (ai sensi della L.R. 20.06.2007 n. 17 "Interventi a favore di soggetti sottoposti a trapianto di organi o affetti da patologie rare").

L'articolo 4 della Legge n. 175/2021 rimette ai centri di riferimento di cui al D.M. 279 del 2001, la definizione del piano diagnostico terapeutico assistenziale personalizzato che comprende i trattamenti ed i monitoraggi di cui necessita una persona affetta da malattia rara, garantendo anche un percorso strutturato nella transizione dall'età pediatrica all'età adulta.

Con D.C.A. n. 55 del 06.12.2023 è stato recepito il Piano Nazionale Malattie Rare 2023/2026 e il relativo documento allegato di riordino della Rete Nazionale per le Malattie di cui all'Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 24 maggio 2023 (Rep. atti n. 121/CSR).

5.5.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 5.5.1 Definizione della Rete delle malattie rare

Azione 5.5.1.1 Individuazione della Struttura regionale di coordinamento

Indicatore 5.5.1.1 Provvedimento regionale

Azione 5.5.1.2 Definizione PDTA

Indicatore 5.5.1.2 DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
5.5.1 Definizione della Rete delle malattie rare	5.5.1.1 Individuazione della Struttura regionale di coordinamento	30/09/2024	Provvedimento regionale	Si/no		
	5.5.1.2 Definizione PDTA	31/12/2024	DCA	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute Dirigente Responsabile del Servizio Prevenzione – Veterinaria e Sicurezza Alimentare della Direzione Generale per la Salute Direzione Generale A.S.Re.M.						

5.6 Rete terapia del dolore e cure palliative

Con riferimento alla Rete del dolore e cure palliative si rimanda a quanto programmato nell'Area cure palliative e terapia del dolore (rif par. 4.10)

5.7 Rete medicine specialistiche

5.7.1 Rete delle malattie infettive

La Rete infettivologica ha una collocazione trasversale in quanto si occupa di una patologia (l'infezione) che può colpire qualsiasi organo e sistema; di conseguenza interagisce con le diverse discipline mediche e chirurgiche, richiede l'adozione di protocolli condivisi, portando la propria specifica competenza nella diagnosi e nella terapia di patologie ad eziologia microbica e collabora alla definizione/gestione di programmi aziendali per il controllo delle infezioni ospedaliere e di politica per il corretto utilizzo ospedaliero dei farmaci anti-infettivi.

Riveste un ruolo importante anche in ambito di prevenzione, integrandosi con le attività del dipartimento di prevenzione, in particolar modo per le politiche vaccinali, l'igiene degli alimenti e le attività dei servizi veterinari, nonché con le strutture delle dipendenze e le carceri per contribuire a fornire l'assistenza a questa tipologia di utenza. Inoltre, fornisce le competenze necessarie all'attività del Comitato per il contrasto alle infezioni correlate all'assistenza, sia in ospedale che presso le strutture territoriali, collabora alle attività di profilassi post-esposizione per gli operatori sanitari, contribuisce all'assistenza degli immigrati attraverso il controllo delle malattie infettive latenti, la profilassi e l'eventuale cura; un ruolo culturale e consulenziale è svolto nel controllo dell'uso degli antibiotici, sia in ambito ospedaliero e territoriale, sia nei confronti dei medici specialisti che dei medici di medicina generale.

Infine, la Rete infettivologica offre supporto nel coordinamento di eventuali potenziali emergenze infettivologiche, sia autoctone che di importazione, e può essere allertata in caso di rischio concreto di un uso terroristico di agenti infettivi che, se da un lato non rappresentano allo stato attuale un problema assistenziale rilevante, costituiscono un fenomeno di grave allarme sociale e possono rappresentare nel futuro un rischio grave per la salute collettiva.

Organizzazione attuale della rete

La rete infettivologica è composta dai seguenti nodi:

1. Reparto per le malattie infettive nel P.O. Cardarelli
2. Attività diagnostiche di microbiologia e virologia garantite dal laboratorio analisi del PO Cardarelli di Campobasso 24/24 h
3. Igiene e sanità pubblica del Dipartimento Unico di Prevenzione
4. Comitati per la prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CICA)
5. Programmi assistenziali universitari di farmacovigilanza e di igiene ospedaliero

Inoltre, forniscono supporto concordato alle seguenti strutture/funzioni:

1. Dipendenze
2. Assistenza penitenziaria
3. Accoglienza di immigrati

Finalità e obiettivi

L'attuale organizzazione integra le attività preventive e cliniche di primo livello (territoriali) con quelle ospedaliere (ambulatoriali e di ricovero) legate alla diagnosi, al trattamento e al follow-up delle patologie specifiche, in modo da assicurare percorsi di diagnosi e cura accessibili, di continuità clinico assistenziale, idonei per favorire risposte tempestive e modulate in diversi livelli di intensità. Tale articolazione della rete in livelli assistenziali diversi contribuisce al miglioramento dell'assistenza infettivologica garantendo l'erogazione di servizi appropriati in relazione al grado di complessità clinica dei pazienti, favorendo quindi una maggior appropriatezza dei trattamenti nei diversi setting della rete, equità di accesso ai servizi e sicurezza per tutta la popolazione regionale.

La regione di pone pertanto per il triennio oggetto di programmazione i seguenti obiettivi e azioni:

- istituzione di un “Gruppo tecnico di coordinamento aziendale” costituito da professionisti ai quali viene affiancato, in base alle tematiche, un secondo gruppo di professionisti delle diverse discipline mediche e delle professioni sanitarie a seconda delle specifiche necessità.
- promozione e progettazione di eventi formativi per la diffusione dei documenti che disciplinano le modalità di lavoro della rete. L’attività formativa mirata è svolta nei confronti di tutti i professionisti che operano a vari livelli della rete. A tal fine annualmente deve essere predisposto un piano di formazione valido per tutta la regione che intercetti le priorità sulla base della valutazione delle performance dei professionisti e dell’analisi dei problemi di natura organizzativa riscontrati.
- implementazione di modalità comuni di raccolta delle informazioni sanitarie al fine di rendere i dati confrontabili ed utilizzabili per l’effettuazione di analisi epidemiologiche, valutazioni delle performance, dei modelli organizzativi, del consumo di risorse, degli esiti delle cure, della sicurezza e di ogni altro argomento utile a valutare la qualità delle prestazioni erogate, sia come attività singole che inserite nei vari percorsi assistenziali.
- monitoraggio costante, tramite il supporto dei referenti di rete degli indicatori di processo e di esito individuati nei diversi setting clinico assistenziali e diffusione periodica dei risultati ai diversi nodi della rete
- adozione di nuove tecnologie quale investimento nella gestione dell’intero percorso clinico del paziente, in grado di fornire dati diagnostici in tempi rapidi con alti livelli qualitativi, che impatta sulle scelte clinico terapeutiche, sull’outcome clinico e sui tempi di degenza.
- valutazione, anche attraverso azioni di benchmark nazionali e sovra-nazionali, dell’appropriatezza dei trattamenti e dei livelli di qualità erogati dalle strutture regionali, compresi gli esiti delle cure anche in collaborazione con l’Università del Molise
- definizione dei criteri di priorità condivisi per le prime visite ambulatoriali e monitoraggio dei tempi d’attesa, distinguendo l’attività di prima visita dai controlli (es AIDS)
- definizione dei criteri di appropriatezza del setting assistenziale in relazione alle prestazioni erogate
- collaborazioni con il terzo settore soprattutto per la gestione dei migranti affetti da patologie infettive.

Per il perseguimento degli obiettivi indicati la Rete infettivologica adotterà i seguenti strumenti:

- percorsi assistenziali (definizione, aggiornamento periodico, implementazione e monitoraggio) per le diverse tipologie di infezione;
- sistema informativo che consenta:
 - o lo scambio di informazioni clinico-diagnostiche fra le strutture della rete (cartella clinica informatizzata, dati di laboratorio, radiologici, etc)
 - o la raccolta delle informazioni critiche per il controllo di gestione, il monitoraggio dei percorsi e la valutazione degli esiti.

5.7.2 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 5.7.2 Definizione della Rete delle malattie infettive

Azione 5.7.2.1 Istituzione coordinamento aziendale di rete

Indicatore 5.7.2.1 Provvedimento ASReM

Azione 5.7.2.2 Aumento capacità di ricovero

Indicatore 5.7.2.2 DCA

Azione 5.7.2.3 Potenziamento tecnologia laboratorio

Indicatore 5.7.2.3 Provvedimento ASReM

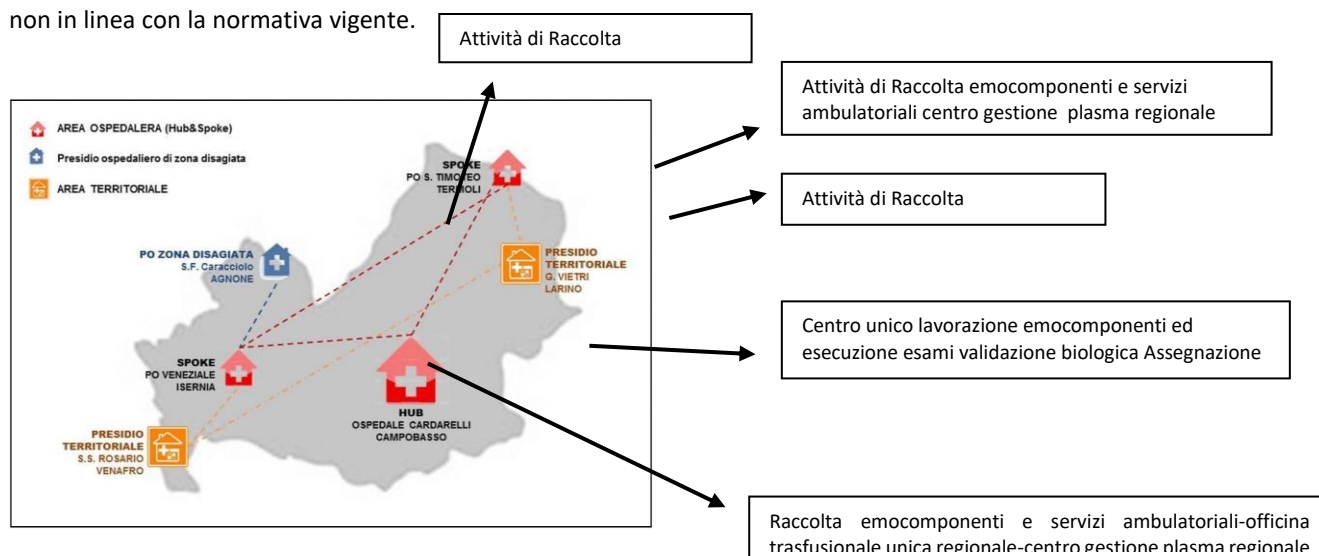
ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
5.7.2 Definizione della Rete delle malattie infettive	5.7.2.1 Istituzione coordinamento aziendale di rete	30/09/2024	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.7.2.2 Aumento capacità di ricovero	30/06/2024	DCA	Si/no		
	5.7.2.3 Potenziamento tecnologia laboratorio	31/12/2024	Provvedimento ASReM	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
Dirigente Responsabile del Servizio Prevenzione – Veterinaria e Sicurezza Alimentare delle Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						

5.8 Reti dei servizi di diagnosi e cura

5.8.1 Rete Trasfusionale

La Rete Trasfusionale prevede attualmente:

- l'attività di Raccolta Emocomponenti e l'assegnazione h 24 sui tre presidi ospedalieri regionali;
- un centro unico di esecuzione degli esami di validazione biologica e di diagnostica avanzata presso il PO Cardarelli di Campobasso;
- un'officina trasfusionale unica e centro unico di congelamento-conservazione e spedizione Plasma a Takeda per la contolavorazione relativa ai plasmaderivati presso il PO Veneziale di Isernia;
- un polo clinico (Ematologia-TAO-Allergologia-Emofilia) ed un centro di raccolta, congelamento, conservazione e spedizione Plasma da inattivazione virale a ditte specializzate per la contolavorazione relativa al plasmasafe, presso il PO S. Timoteo di Termoli;
- l'affidamento dei Servizi Trasfusionali ad una Rete di Impresa con un progetto definito "Total Solution Provider". Il progetto prevede un Provider unico che ha in carico la gestione delle apparecchiature e del magazzino reagenti permettendo di superare rapidamente le criticità rilevate dalle diverse verifiche ispettive per gli accreditamenti ISO-Regionali e delle Industrie per la lavorazione del Plasma relativamente ai requisiti minimi previsti dall'accordo Stato-Regione, con particolare riguardo alla risoluzione di problematiche legate alla dotazione di tecnologie ed infrastrutture non in linea con la normativa vigente.



Tale assetto è il risultato di una riorganizzazione della Rete Trasfusionale attuata nel 2019 che ha rappresentato un passaggio cruciale nella gestione delle attività trasfusionali permettendo di ottimizzare le attività in modo da ottenere:

- un risparmio di costi legato alla razionalizzazione delle risorse umane e delle apparecchiature
- il superamento di tutte le verifiche (ISO-Accreditamento Regionale- AUDIT ditte conto-lavorazione a ditte specializzate in quanto sono stati individuati locali idonei all'attività in ciascuno dei tre presidi Presidi Ospedalieri.
- una adeguata gestione del Sistema di Gestione della Qualità e Rapporti con gli organi competenti con l'individuazione di un referente unico
- miglioramento nella gestione dei flussi di dati tra Trasfusionale-Regione-CNS con la nomina di un referente unico.

Tabella - Riorganizzazione Rete Trasfusionale attuata nel 2019

Tabella 1 - Riorganizzazione Rete Trasfusionale attuata nel 2019						
PRESIDIO	RACCOLTA EMOCOMPONENTI	ATTIVITA' AMBULATORIALI	ESECUZIONE ESAMI VALIDAZIONE BIOLOGICA	LAVORAZIONE EMOCOMPONENTI	CONSERVAZIONE E CONGELAMENTO PLASMA	ASSEGNAZIONE
CB	✓	✓	✓			✓ H24
SITIS	✓	✓		✓	✓ Takeda	✓ H24
SITTE	✓	✓			✓ Kedrion	✓ H24

Sulla base della riorganizzazione attuata, il modello organizzativo proposto nel 2018 è stato superato, nella considerazione che il personale diventa il fulcro di un sistema non più legato ad attività individuali ma parte di un processo unico in cui lavorare all'unisono quale conditio sine qua non per il raggiungimento degli obiettivi. Tale approccio ha fatto sì che il personale, con particolare riferimento ai medici, si sposti da un Presidio all'altro e garantisca le raccolte nei centri ospedalieri esterni senza alcuna difficoltà. Tale scelta si è rivelata strategica durante la Pandemia da SARS-Cov2 e la condivisione con il personale ha avuto un impatto molto positivo sul benessere organizzativo.

Allo stato attuale buona parte del processo di implementazione tecnologica programmato è stato realizzato ma ai fini dell'ulteriore miglioramento della Rete Trasfusionale è fondamentale il raggiungimento dei seguenti obiettivi, di cui si terrà conto nella programmazione 2023-2025:

1. Sistema di Validazione a distanza che consentirà di avere un unico Dirigente Medico in turno per i tre Presidi di Campobasso - Termoli-Isernia nelle ore 20,00 -08,00 con l'obiettivo di una migliore gestione delle risorse umane, riducendo i turni notturni e utilizzando il personale nelle ore diurne per potenziare l'attività (esempio attività assistenziali e di raccolta);
2. Interfaccia con i reparti ed il laboratorio per richiesta e referto informatico che consente di ottimizzare le risorse umane e di ridurre il rischio trasfusionale preanalitico (APPLICAZIONE INDICAZIONI ICT NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE);
3. Attivare il Portale del Donatore che consente la digitalizzazione dei referti e la gestione ottimale del sistema di prenotazione dei donatori (OTTIMIZZAZIONE RISORSE UMANE; FIDELIZZAZIONE DONATORI; OTTIMIZZAZIONE FABBISOGNI EMOCOMPONENTI E SCORTE; APPLICAZIONE INDICAZIONI ICT NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE).

5.8.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 5.8.1 Istituzione del Coordinamento regionale della rete trasfusionale

Azione 5.8.1.1 Attivazione del coordinamento regionale

Indicatore 5.8.1.1 DCA

Obiettivo 5.8.2 Potenziamento della Rete Trasfusionale

Azione 5.8.2.1 Attivazione del sistema informatizzato per validazione a distanza

Indicatore 5.8.2.1 Provvedimento ASReM

Azione 5.8.2.2 Attivazione del portale del donatore

Indicatore 5.8.2.2 Provvedimento ASReM

Azione 5.8.2.3 Attivazione dell'interfaccia con i reparti/laboratorio per referto informatizzato

Indicatore 5.8.2.3 Provvedimento ASReM

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
5.8.1 Istituzione del Coordinamento regionale della rete trasfusionale	5.8.1.1 Attivazione del coordinamento regionale	30/06/2024	DCA	Si/no		
5.8.2 Potenziamento della Rete Trasfusionale	5.8.2.1 Attivazione del sistema informatizzato per validazione a distanza	30/09/2024	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.8.2.2 Attivazione del portale del donatore	31/12/2024	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.8.2.3 Attivazione dell'interfaccia con i reparti/laboratorio per referto informatizzato	31/12/2024	Provvedimento ASReM	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
Dirigente Responsabile del Servizio Prevenzione – Veterinaria e Sicurezza Alimentare delle Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						

5.8.2 Rete Laboratori

La programmazione regionale, come definita dal Programma Operativo 2019-2021, prevede la riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici basata sul modello Hub & Spoke come di seguito configurato:

- n. 1 laboratorio Ospedale di zona disagiata: S. Francesco Caracciolo di Agnone
- n. 2 laboratori Spoke: Ospedale "F. Veneziale" di Isernia e ospedale "S. Timoteo" di Termoli
- n. 1 laboratorio Hub: Centro Regionale di Campobasso

Con il Decreto del Ministero della Salute 30 dicembre 2021 "Riparto del contributo laboratori, ai sensi dell'articolo 29 del decreto legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106", sono state assegnate alla Regione Molise risorse per il periodo 2021 – 2022 per un totale di € 326.486. All'art. 29 ed in particolare:

- il comma 1 stabilisce che le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano favoriscono il completamento dei processi di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio e inseriscono tra le strutture qualificate gli istituti di ricerca con comprovata esperienza in materia di sequenziamento di nuova generazione (NGS);
- per gli anni 2021 e 2022 le Regioni possono riconoscere alle strutture che si adeguano progressivamente ai predetti standard non oltre il 31 dicembre 2022, al fine di garantire la soglia minima di efficienza di 200.000 esami di laboratorio e di prestazioni specialistiche o di 5.000 campioni analizzati con tecnologia NGS, un contributo da stabilirsi con provvedimento della Regione, nei limiti dell'importo definito in sede di riparto e previa positiva valutazione del Cronoprogramma (comma 3) del Comitato permanente per l'erogazione dei Livelli di assistenza.

Per la concessione delle risorse, scaturite dall'analisi del fabbisogno, la Regione Molise ha presentato un cronoprogramma (trasmesso con le note n. 30091/2022 e 82167/2022) approvato dal Comitato LEA nelle riunioni del 21/03/2022 e 6/05/2022. La conferma dell'approvazione del cronoprogramma è avvenuta il 27/06/2022 (prot. n. 110666/2022 del 27-06-2022). Nel merito, il cronoprogramma riprendeva la necessità, da parte della Regione Molise, di procedere al completamento dei processi di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate

eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, inserendo tra le strutture qualificate gli istituti di ricerca con comprovata esperienza in materia di sequenziamento di nuova generazione (NGS).

La Regione Molise intende procedere nel progressivo percorso di miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi nonché nell'efficientamento economico finanziario. Coerentemente con la definizione della rete ospedaliera si intende procedere alla corrispondente riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici e privati anch'essa basata sul modello Hub & Spoke, con l'introduzione e l'implementazione dei nuovi modelli organizzativi nello svolgimento delle analisi microbiologiche seguendo gli indirizzi normativi e regolamentari di settore nonché le prospettive alle quali il sistema tende in ragione dello sviluppo delle nuove tecnologie e delle conoscenze scientifiche. Il piano di riorganizzazione si riferisce sia a laboratori pubblici che a quelli privati, secondo modelli organizzativi che pongono al centro la soddisfazione dei bisogni clinici e dei pazienti.

L'obiettivo della programmazione regionale per il triennio 2023 – 2025 è quello di prevedere attraverso un Decreto del Commissario ad Acta il riassetto organizzativo della rete laboratoristica pubblica e privata accreditata, disciplinando per quest'ultima forme di aggregazione nei casi di mancato raggiungimento delle soglie minime previste di esami, tenendo conto sia dell'attività effettuata per conto del SSR che di quella direttamente a carico dell'utente, ma che comunque intendano continuare ad erogare prestazioni a carico del SSN.

A seguito dell'analisi della domanda, anche in considerazione dell'elevata richiesta dettata dai volumi scaturiti dalla centralità della medicina di laboratorio per la pandemia da SARS-CoV-2, è prevista una riorganizzazione della rete laboratoristica privata ed il conseguente superamento della frammentazione relativa all'attività prodotta, al fine di migliorare la qualità delle prestazioni erogate.

La programmazione regionale intende quindi, superando le difficoltà del contenzioso strutturale anche su questa materia, utilizzare le risorse previste dal "Decreto concernente ripartizione contributo laboratori, ai sensi dell'articolo 29 del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106" per procedere alla riorganizzazione della rete laboratoristica regionale anche attraverso l'indicazione di modalità di aggregazione previste per gli erogatori privati accreditati anche con riferimento all'utilizzo del service di laboratorio.

5.8.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 5.8.3 Riconfigurazione della rete laboratoristica pubblica e privata regionale

Azione 5.8.3.1 Approvazione del Piano di riorganizzazione dei laboratori di analisi pubblici e privati

Indicatore 5.8.3.1 DCA

Obiettivo 5.8.4 Garantire da parte del SSR la soglia minima di efficienza di 200.000 esami di laboratorio e di prestazioni specialistiche o di 5.000 campioni analizzati con tecnologia NGS

Azione 5.8.4.1 Monitoraggio periodico della soglia minima di efficienza di 200.000 esami di laboratorio e di prestazioni specialistiche

Indicatore 5.8.4.1 Report annuale

Azione 5.8.4.2 Campioni analizzati con tecnologia NGS

Indicatore 5.8.4.2 Report

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
5.8.3 Riconfigurazione della rete laboratoristica pubblica e privata regionale	5.8.3.1 Approvazione del Piano di riorganizzazione dei laboratori di analisi pubblici e privati	30/06/2023	DCA	Si/no		
5.8.4 Garantire da parte del SSR la soglia minima di efficienza di 200.000 esami di laboratorio e di prestazioni specialistiche o di 5.000 campioni analizzati con tecnologia NGS	5.8.4.1 Monitoraggio periodico della soglia minima di efficienza di 200.000 esami di laboratorio e di prestazioni specialistiche	31/12/2024	Report annuale	Si/no		
	5.8.4.2 Campioni analizzati con tecnologia NGS	30/06/2024	Report annuale			

Responsabile del procedimento attuativo
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute
Direzione Generale A.S.Re.M.

5.9 Rete riabilitazione e lungodegenza

L'attuale rete di riabilitazione e lungodegenza è stata rimodulata sia nella rete ospedaliera – invio SIVeAS n.128/2023 sia nella rete territoriale con il trasferimento dei relativi posti letto nella nuova rete territoriale, al fine di ottimizzare le risorse finanziarie e di consentire la riconversione di alcune strutture ex ospedaliere.

5.9.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 5.9.1 Riorganizzazione della Rete riabilitazione e lungodegenza

Azione 5.9.1.1 Riorganizzazione della rete in coerenza con le reti ospedaliera e territoriale

Indicatore 5.9.1.1 DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
5.9.1 Riorganizzazione della Rete riabilitazione e lungodegenza	5.9.1.1 Riorganizzazione della rete in coerenza con le reti ospedaliera e territoriale	30/06/2024	DCA	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						

6 Autorizzazione e accreditamento

La disciplina in materia di accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie della Regione Molise, in ossequio a quanto previsto in materia dal D.Lgs. 502/1992, è dettata originariamente dalla L.R. n. 18/2008 e ss.mm.ii, la quale individua le strutture soggette alla normativa prevista in materia di autorizzazione sanitaria e accreditamento, dettando disposizioni in materia di procedure per l'ottenimento dei relativi provvedimenti, disciplinando le vicende modificative degli stessi e regolamentando le ipotesi di revoca, decadenza, sospensione.

L'impianto normativo in materia di accreditamento istituzionale, come delineato dalla L.R. 18/2008 è stato oggetto di rivisitazioni alla luce della continua evoluzione intervenuta nella materia in esame a livello nazionale, al fine di rendere la normativa regionale coerente con quella nazionale.

Come noto, infatti, l'Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, in data 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR) ha approvato il *"Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento"*, individuando i requisiti richiesti per le Strutture ed organizzandoli sulla base dei fattori/criteri di qualità richiesti (Sistema di gestione delle strutture sanitarie; Prestazioni e Servizi; Aspetti Strutturali; Competenze del personale; Comunicazione; Appropriatazza clinica e sicurezza; Processi di miglioramento e innovazione; Umanizzazione). Successivamente, l'Intesa della Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atti n. 32/CSR del 19 febbraio 2015) ha imposto alle Regioni l'istituzione dell'OTA - Organismo Tecnicamente Accreditante- quale organismo tecnico, terzo ed imparziale, cui spetta il compito di effettuare la valutazione tecnica necessaria dei requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi prescritti dalla legge, necessaria ai fini del rilascio del provvedimento di accreditamento istituzionale.

Ai sensi dell'Intesa Stato – Regioni del 19 febbraio 2015 (Rep. Atti n. 32/CSR del 19 febbraio 2019) ed in osservanza delle prescrizioni ministeriali con DCA 27/2020, in sostituzione del precedente DCA n. 8 del 4/02/2020, è stato istituito l'Organismo Tecnicamente Accreditante e definite le funzioni e la composizione.

Nell'attuale contesto regionale non risultano assunti decreti di accreditamento rilasciati in favore delle strutture pubbliche per le quali, comunque, si procederà a delineare un percorso specifico.

In riferimento alle strutture sanitarie e socio sanitarie private, occorre precisare che la Regione Molise ha rilasciato la quasi totalità degli accreditamenti istituzionali negli anni 2011-2012. Gli ultimi accreditamenti istituzionali sono stati poi rilasciati nell'anno 2018 in favore 4 strutture sociosanitarie.

Il vigente sistema regionale di accreditamento, come regolamentato dalla L.R.18/2008, prevede il rinnovo degli accreditamenti in essere ogni tre anni, previa domanda da parte degli interessati e verifica della permanenza delle condizioni necessarie da parte della Regione. Allo stato attuale si è proceduto

In coerenza con quanto stabilito dalla delibera del Consiglio dei Ministri del 7 dicembre 2018 ed in particolare alle azioni ed interventi di cui al punto VI "Corretta applicazione delle procedure di autorizzazione ed accreditamento degli erogatori, in coerenza con il fabbisogno assistenziale, le indicazioni dei Tavoli Tecnici di monitoraggio e la normativa vigente" la Struttura Commissariale ha disposto le modalità ed i criteri da adottare al fine di procedere alla verifica della presenza, permanenza nonché sussistenza dei requisiti di accreditamento per le varie tipologie di struttura.

L'Organismo Tecnicamente Accreditante, a tale proposito ha ottemperato, nell'ambito delle proprie competenze, alla verifica della presenza, permanenza nonché sussistenza dei requisiti di accreditamento per le varie tipologie di struttura, nel rispetto di quanto stabilito dalla Struttura Commissariale.

6.1 Processo di autorizzazione e accreditamento (strutture pubbliche e private)

Nell'ambito del perseguimento degli obiettivi generali di tutela e promozione della salute, come individuati dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), l'accreditamento istituzionale costituisce lo strumento mediante il quale le Regioni devono mirare a promuovere il processo di miglioramento continuo della qualità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

Tanto premesso, in virtù della riconversione e della modifica delle tipologie di assistenza sanitaria e socio sanitaria intervenuta con l'approvazione dei nuovi LEA si rende necessario procedere alla revisione dei decreti di accreditamento. Per quanto attiene l'accreditamento rilasciato alle strutture di ricovero private, esso sarà oggetto di aggiornamento e revisione in considerazione della riorganizzazione della rete ospedaliera. Per quanto attiene, invece, alle strutture di

specialistica ambulatoriale ad oggi accreditate, il processo di revisione dovrà tenere conto della riorganizzazione della rete territoriale. Da ultimo, anche con riferimento alla rete dei laboratori, la Regione dovrà avviare un processo di verifica per la revisione dell'accREDITAMENTO già rilasciato.

Il processo di revisione/aggiornamento degli accREDITAMENTI per le strutture sanitarie e socio - sanitarie private sul territorio regionale dovrà essere concluso entro il 31/12/2024, sulla base del fabbisogno assistenziale di cui alla presente programmazione 2023-2025.

Contemporaneamente saranno avviate le procedure per l'accREDITAMENTO delle strutture pubbliche in coerenza con la nuova rete ospedaliera e territoriale.

Obiettivo dell'AccREDITAMENTO è quello di fornire un percorso che porti tutte le strutture pubbliche e private a livelli sempre più elevati di qualità dei servizi erogati.

Il processo di accREDITAMENTO sarà sviluppato in più fasi:

Fase Preliminare: il processo viene avviato attraverso la richiesta da parte dell'Azienda/Struttura che descrivere il proprio assetto organizzativo e strutturale;

Fase di accertamento: verifica della coerenza delle funzioni svolte con il fabbisogno regionale;

Fase di verifica: valutazione del livello di conformità della Struttura rispetto ai requisiti richiesti: strutturali, tecnologici ed organizzativi (generali e specifici). L'organismo tecnicamente accreditante (OTA) effettua le verifiche presso la Struttura da accreditare, avvalendosi del supporto tecnico dei valutatori regionali specificatamente individuati nel registro regionale. Il citato organismo, sulla base della risulTANZA della verifica, predispone una relazione finale trasmettendola alla Regione.

Fase di Rilascio dell'Esito: la Regione, a seguito dei risultati contenuti nella relazione predisposta dall'OTA, predispone l'atto formale con cui rilascia o non rilascia l'accREDITAMENTO.

Come previsto dalla L.R. n.18/2008 ss.mm.ii. - modificata con L.R. n. 1 del 30.04.2021 - art. 30-bis, commi nn. 1,2,3 - "oneri istruttori", le procedure di accREDITAMENTO saranno, inoltre, caratterizzate dalla previsione di oneri istruttori a carico delle strutture sanitarie e socio - sanitarie private.

In ultimo, ai fini di efficientare il procedimento amministrativo, si è avvitata la procedura della creazione di una piattaforma software finalizzata all'informatizzazione delle procedure amministrative e alla gestione puntuale e organizzata di tutti i procedimenti di autorizzazione e di accREDITAMENTO nel rispetto dei regolamenti regionali e nazionali.

La materia delle autorizzazioni all'esercizio dell'attività sanitaria e dell'accREDITAMENTO è caratterizzata da iter procedurali molto complessi che presuppongono istruttorie tecniche ed amministrative molto articolate, afferenti la struttura richiedente, consistenti nella verifica della completezza e regolarità della documentazione presentata, nella verifica del possesso dei requisiti imposti dalla legge da verificare anche attraverso effettuazione di sopralluoghi.

A tale proposito è stata definita l'istruttoria informatica delle pratiche per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria.

Tutte le strutture che vogliano esercitare attività sanitaria e/o sociosanitaria sul territorio regionale sono subordinate, ai sensi dell'art. 8 bis del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, a specifica autorizzazione all'esercizio dell'attività, la cui disciplina, nella Regione Molise, è dettata dalla L.R. 18/2008, che subordina il rilascio del relativo provvedimento allo svolgimento di uno specifico iter procedurale volto alla verifica del possesso, da parte della struttura, dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi necessari per l'esercizio delle predette attività, stabiliti dalla normativa regionale vigente in materia (ai sensi del Decreto del Commissario ad Acta n. 36/2022).

La Piattaforma software prevede le seguenti principali funzionalità:

- Gestione istruttoria;
- Gestione della compilazione delle istanze a cura delle strutture richiedenti;
- Gestione della banca dati degli atti autorizzativi rilasciati dal servizio di autorizzazione ed accREDITAMENTO;
- Gestione della banca dati dei decreti di accREDITAMENTO istituzionale.

6.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 6.1.1 Revisione/aggiornamento degli accreditamenti per le strutture sanitarie e socio - sanitarie private

Azione 6.1.1.1 Revisione/aggiornamento degli accreditamenti per le strutture sanitarie e socio – sanitarie private

Indicatore 6.1.1.1 DCA

Azione 6.1.1.2 Accredimento delle strutture pubbliche

Indicatore 6.1.1.2 DCA

Azione 6.1.1.3 Creazione di una piattaforma software finalizzata all'informatizzazione delle procedure amministrative e alla gestione puntuale e organizzata di tutti i procedimenti di autorizzazione e di accreditamento nel rispetto dei regolamenti regionali e nazionali

Indicatore 6.1.1.3 DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
6.1.1 Revisione/aggiornamento degli accreditamenti per le strutture sanitarie e socio - sanitarie	6.1.1.1 Revisione/aggiornamento degli accreditamenti per le strutture sanitarie e socio – sanitarie private	31/12/2024	DCA	Si/no	Nd	
	6.1.1.2 Accredimento delle strutture pubbliche	30/06/2025	DCA	Si/no	Nd	
	6.1.1.3 Creazione di una piattaforma software finalizzata all'informatizzazione delle procedure amministrative e alla gestione puntuale e organizzata di tutti i procedimenti di autorizzazione e di accreditamento nel rispetto dei regolamenti regionali e nazionali	31/12/2024	DCA	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute Servizio Autorizzazione e Accredimento						

6.2 Definizione/aggiornamento requisiti per l'autorizzazione e l'accredimento

In considerazione dell'evoluzione intercorsa negli ultimi anni relativamente alla normativa di settore ed alle conoscenze in ambito strutturale, tecnologico ed organizzativo, volte ad una ridefinizione delle tipologie di strutture ed aggiornamento dei relativi requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, la Regione si è posta quale obiettivo un'ulteriore revisione/aggiornamento dei Manuali di Autorizzazione.

E per la precisione il:

- DCA n. 12 del 24-03-2022 ad oggetto: "Legge 18 agosto 2015, n. 134 "Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie". legge regionale 24 giugno 2008, n. 18 e ss.mm.ii. - artt. 8 e ss. Requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione all'apertura e all'esercizio dell'attività sanitaria di strutture deputate alla erogazione di prestazioni sanitarie in favore di soggetti affetti da autismo. Approvazione".

Con il quale è stato necessario ridefinire i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione all'apertura e all'esercizio dell'attività sanitaria di strutture deputate alla erogazione di prestazioni sanitarie in favore di soggetti affetti da autismo.

- DCA n. 36 del 01-12-2022 ad oggetto: "Manuale dei requisiti delle autorizzazioni sanitarie. Approvazione".

Con il quale è stato necessario ridefinire i requisiti strutturali minimi (dotazione di spazi adeguati, rispettosi delle norme di sicurezza), tecnologici (apparecchiature e strumentazioni aggiornate) ed organizzativi, (dotazione quantitativa e qualitativa di personale in rapporto all'attività svolta) per l'autorizzazione all'apertura e all'esercizio dell'attività sanitaria di strutture deputate alla erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

- DCA n. 27 del 26-09-2023 ad oggetto: "Manuale dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della Legge 30 dicembre 2020, n. 178", ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le Province autonome ai Trento e Bolzano".

Con il quale, sono stati definiti i requisiti per il rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione e all'esercizio e per l'accreditamento istituzionale delle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari integrate così come definiti rispettivamente:

- nel "Manuale di Autorizzazione per le attività di cure domiciliari", di cui all'Allegato 1 e 1 A;
- nel "Manuale dei requisiti di Accreditamento istituzionale autorizzazione per le attività di cure domiciliari" di cui all' Allegato 2 e 2 A;
- nel "Manuale dei requisiti di autorizzazione per le attività di telemedicina" di cui all' Allegato 1A bis;

Per le medesime esigenze, obiettivo primario della Regione è la revisione del Manuale di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie, in linea con le indicazioni che saranno fornite da Agenas.

6.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 6.2.1 Revisione/aggiornamento del "Manuale dei requisiti delle autorizzazioni sanitarie".

Azione 6.2.1.1 Recepimento dell'accordo Stato Regioni n. 30/CSR del 25 marzo 2021

Indicatore 6.2.1.1 DCA

Azione 6.2.1.2 Recepimento dell'intesa Stato Regioni n. 17/CSR del 20 febbraio 2020

Indicatore 6.2.1.2 DCA

Obiettivo 6.2.2 Revisione/aggiornamento del "Manuale dei requisiti dell'accreditamento".

Azione 6.2.2.1 Adozione del decreto di approvazione del "Manuale dei requisiti dell'accreditamento".

Indicatore 6.2.2.1 DCA di adozione

Obiettivo 6.2.3 Adozione del piano sangue e plasma regionale 2024-2027

Azione 6.2.3.1 Adozione del piano sangue e plasma regionale 2024-2027

Indicatore 6.2.3.1 DCA

Obiettivo 6.2.4 Adozione del Manuale dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento nelle cure domiciliari

Azione 6.2.4.1 Adozione del Manuale dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento nelle cure domiciliari

Indicatore 6.2.4.1 DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
6.2.1. Revisione/aggiornamento del "Manuale dei requisiti delle autorizzazioni sanitarie"	6.2.1.1. Recepimento dell'accordo Stato Regioni n. 30/CSR del 25 marzo 2021	31/03/2024	DCA	Si/no		
	6.2.1.2 Recepimento dell'intesa Stato Regioni n. 17/CSR del 20 febbraio 2020	31/03/2024	DCA	Si/no		
6.2.2. Revisione aggiornamento del "Manuale dei requisiti di accreditamento"	6.2.2.1. Adozione del decreto di approvazione del "Manuale dei requisiti di accreditamento"	31/12/2024	DCA di adozione	Si/no		
6.2.3 Adozione del piano sangue e plasma regionale 2024-2027	6.2.3.1 Adozione del piano sangue e plasma regionale 2024-2027	31/12/2023	DCA	Si/no		
6.2.4 Adozione del Manuale dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento nelle cure domiciliari	6.2.4.1 Adozione del Manuale dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento nelle cure domiciliari	31/12/2023	DCA	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute Servizio Autorizzazione e Accreditamento						

6.3 Organismo Tecnicamente Accreditante

L'Intesa della Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atti n. 32/CSR del 19 febbraio 2015) ha imposto alle Regioni l'istituzione dell'OTA - Organismo Tecnicamente Accreditante- quale organismo tecnico, terzo ed imparziale, cui spetta il compito di effettuare la valutazione tecnica necessaria dei requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi prescritti dalla legge, necessaria ai fini del rilascio del provvedimento di accreditamento istituzionale.

Ai sensi dell'Intesa Stato – Regioni del 19 febbraio 2015 (Rep Atti n. 32/CSR del 19 febbraio 2019) ed in osservanza delle prescrizioni ministeriali la Regione, con DCA n .27 del 20/04/2020 "DCA 8 del 04/02/2020 recante <<DCA n. 43 del 16.04.2018. Criteri per il funzionamento degli Organismi Tecnicamente Accreditanti ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 32/CSR). Istituzione Elenco Regionale Valutatori. Annullamento e sostituzione>>. Abrogazione e sostituzione." (Rif. LEA 2018 prot. LEA_MOLISE-140-16/06/2020-0000018-A) ha provveduto ad istituire l'Organismo Tecnicamente Accreditante, uniformandone il funzionamento ai criteri e ai principi di trasparenza, terzietà, imparzialità, previsti dall'Allegato B della citata Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015, in materia di adempimenti relativi all'accREDITamento delle strutture sanitarie (Rep n. 32/CSR).

Con il citato decreto commissariale n. 27/2020, inoltre, è stata individuata la composizione dell'OTA, sono state definite le funzioni del Coordinatore e del Valutatore Nazionale ed è stato approvato il Regolamento Generale OTA e le modalità di accesso all'elenco regionale dei valutatori nonché i requisiti richiesti.

In relazione alle criticità rilevate, connesse alla piena operatività dell'OTA, la Regione ha provveduto, con Determinazione del Direttore Generale per la Salute n. 149 dell'8/11/2021 recante "Decreto commissariale n. 27 del 20.04.2020. Provvedimenti", ad approvare l'elenco dei candidati "idonei" da inserire nell'elenco regionale dei valutatori.

Con la nomina del Coordinatore e del Valutatore Nazionale iscritto nell'elenco nazionale dei valutatori di cui al Decreto del Ministro della Salute del 31 luglio 2020 prot. n. 0015766-31/07/2020 – DGPROGS – MDS-P, l'OTA ha acquisito la piena operatività.

Struttura Commissariale ha disposto le modalità ed i criteri da adottare al fine di procedere alla verifica della presenza, permanenza nonché sussistenza dei requisiti di accreditamento per le varie tipologie di struttura che ne hanno fatto richiesta.

L'OTA ha provveduto, nell'ambito delle proprie competenze e nel rispetto di quanto stabilito dalla Struttura Commissariale, alle attività di verifica di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie, dandone evidenza attraverso i verbali di verifica.

La Struttura Commissariale procederà a pubblicare un nuovo avviso pubblico, per la selezione dei valutatori al fine di comporre l'Elenco Regionale dei Valutatori ed un nuovo avviso pubblico per l'individuazione del Coordinatore.

6.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 6.3.1 Aggiornamento/mantenimento delle competenze per i Valutatori O.T.A.

Azione 6.3.1.1 Formazione per i valutatori OTA

Indicatore 6.3.1.1 Report annuale

Obiettivo 6.3.2 Stesura dell'elenco regionale dei valutatori

Azione 6.3.2.1 Approvazione dell'elenco regionale dei valutatori

Indicatore 6.3.2.1 DCA

Obiettivo 6.3.3 Nomina del coordinatore

Azione 6.3.3.1 Nomina del coordinatore

Indicatore 6.3.3.1 DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
6.3.1 Aggiornamento/mantenimento delle competenze per i Valutatori O.T.A.	6.3.1.1 Formazione per i valutatori OTA	31/12/2024	Report annuale	Si/no		
6.3.2 Stesura dell'elenco regionale dei valutatori	6.3.2.1 Approvazione dell'elenco regionale dei valutatori	31/12/2024	DCA			
6.3.3 Nomina del coordinatore	6.3.3.1 Nomina del coordinatore	31/12/2024	DCA			
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute Servizio Autorizzazione e Accreditamento						

7 Rapporti con gli erogatori privati accreditati

L'ultimo triennio di programmazione regionale dei livelli massimi di finanziamento (per le prestazioni di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale) si è sostanziato con i seguenti provvedimenti delle Strutture Commissariali:

- DCA n.41 del 10 aprile 2019 “- Limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie afferenti alla macroarea della riabilitazione e dell'assistenza socio sanitaria erogate dagli operatori privati accreditati, acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2019, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario della Regione Molise. Provvedimenti”;
- DCA n. 10 del 5 febbraio 2020 "Definizione dei limiti massimi di finanziamento per le prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogate dagli operatori privati accreditati, acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2019”;
- DCA n. 41 del 25 giugno 2020 - "Decreto del Commissario ad acta n. 41 del 10.04.2019 ad oggetto "Limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie afferenti alla macroarea della riabilitazione e dell'assistenza socio sanitaria erogate dagli operatori privati accreditati, acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2019, nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario della Regione Molise. Provvedimenti." Proroga”;
- DCA n. 56 del 30 settembre 2020 “Definizione dei limiti massimi di finanziamento per le prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogate dagli operatori accreditati, acquisibili dal sistema sanitario regionale per l'anno 2020”;
- DCA n. 103 del 2 novembre 2021 - Limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie afferenti alla macroarea della riabilitazione e dell'assistenza socio-sanitaria erogate dagli operatori privati accreditati, acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2021;
- DCA n. 108 del 9 novembre 2021 “Definizione dei limiti massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie, di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale, erogate dagli operatori privati accreditati con il Servizio Sanitario Regionale, per l'anno 2021”.

Con riferimento all'analisi di contesto un'ulteriore indagine è stata condotta in merito alla mobilità attiva e passiva della regione Molise, realizzata utilizzando la metodologia sviluppata dal Ministero della salute con il supporto dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS). Nell'analisi, pertanto, è stata considerata la sola mobilità effettiva, escludendo i ricoveri caratterizzati da mobilità apparente per nido o casuale. Sono stati analizzati, inoltre, i dati delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) dell'anno 2022. La stima della remunerazione, invece, è stata elaborata sulla base del tariffario nazionale, come individuato con Decreto del Ministero della salute del 18 ottobre 2012.

Tabella – Mobilità attiva (2022)

ATTIVA	Casi	Valori	Percentuale
	2022		
Campania	6.404	31.321.976,85	
PUBBLICO	955	3.235.802,35	14,91%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	5.449	28.086.174,50	85,09%
Lazio	2.537	11.788.783,18	
PUBBLICO	251	906.497,40	9,89%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	2.286	10.882.285,78	90,11%
Puglia	1.257	5.336.896,19	
PUBBLICO	430	1.262.890,09	34,21%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	827	4.074.006,10	65,79%
Abruzzo	1.067	4.822.278,76	
PUBBLICO	387	935.736,10	36,27%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	680	3.886.542,66	63,73%
Altre Regioni	719	3.373.009,98	
PUBBLICO	203	641.103,00	28,23%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	516	2.731.906,98	71,77%
Totale Complessivo	11.984	56.642.944,96	
PUBBLICO	2.226	6.982.028,94	18,57%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	9.758	49.660.916,02	81,43%

Dall'analisi dei flussi di mobilità attiva riferiti all'anno 2022, sopra rappresentati, è emerso come si siano registrati 11.984 casi di cittadini non residenti in regione Molise, per un valore pari a 56,643 milioni di euro. L'81,43% dei casi si è concentrato presso le strutture private accreditate.

Nell'anno 2022, le Regioni che hanno registrato il valore più alto di mobilità attiva verso il Molise sono risultate essere: la Campania, il Lazio, la Puglia e l'Abruzzo.

I flussi di mobilità attiva di queste regioni sono diretti prevalentemente presso le strutture private accreditate del Molise, con percentuali di casi superiori al 90% per il Lazio.

Nello specifico i cittadini provenienti dalle regioni Campania, Lazio, Puglia, Abruzzo rappresentano il 94% dei casi e dei valori totali di mobilità attiva verso le strutture private accreditate della regione Molise per l'anno 2022.

Di seguito si rappresenta una tabella riepilogativa dei valori della mobilità attiva verso le strutture private accreditate registrati nel triennio 2018-2020.

Tabella – Mobilità attiva (2022) verso le strutture private accreditate

ATTIVA	Casi	Valori	Percentuale
	2022		
Campania	6.404	31.321.976,85	
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	5.449	28.086.174,50	85,09%
Lazio	2.537	11.788.783,18	
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	2.286	10.882.285,78	90,11%
Puglia	1.257	5.336.896,19	
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	827	4.074.006,10	65,79%
Abruzzo	1.067	4.822.278,76	
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	680	3.886.542,66	63,73%
Altre Regioni	719	3.373.009,98	
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	516	2.731.906,98	71,77%
Totale Complessivo	11.984	56.642.944,96	
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	9.758	49.660.916,02	81,43%

Dall'analisi dei flussi di mobilità passiva della regione Molise, come rappresentato nella tabella seguente, è emerso quanto segue: nell'anno 2022, si sono registrati 12.326 casi, per un valore pari a 50,672 milioni di euro. Il 50% dei casi è stato erogato da strutture private accreditate. **Le Regioni che assorbono la maggiore mobilità di casi nell'anno 2022 sono risultate essere: l'Abruzzo, il Lazio, la Puglia e l'Emilia-Romagna.**

Tabella – Mobilità passiva (2022)

PASSIVA	Casi	Valori	Percentuale
	2022		
Abruzzo	3.802	13.609.574,27	
PUBBLICO	2.925	9.662.553,11	76,93%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	877	3.947.021,16	23,07%
Lazio	2.890	10.286.393,95	
PUBBLICO	730	2.993.884,54	25,26%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	2.160	7.292.509,41	74,74%
Puglia	1.242	7.446.844,26	
PUBBLICO	229	940.759,44	18,44%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	1.013	6.506.084,82	81,56%
Emilia Romagna	997	4.989.113,59	
PUBBLICO	569	2.862.840,63	57,07%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	428	2.126.272,96	42,93%
Altre Regioni	3.395	14.340.511,44	
PUBBLICO	1.687	5.998.231,71	49,69%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	1.708	8.342.279,72	50,31%
Totale Complessivo	12.326	50.672.437,51	
PUBBLICO	6.140	22.458.269,43	49,81%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	6.186	28.214.168,07	50,19%

7.1 Budget

In materia di determinazione dei tetti di spesa e dei volumi di attività degli erogatori privati accreditati la Struttura Commissariale, per il triennio 2023-2025, non può prescindere dal temperare le scelte in materia di definizione dei servizi sanitari con le effettive disponibilità finanziarie. Dunque, a garanzia del mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario in sede di programmazione sanitaria, appare necessario proseguire nelle azioni volte a garantire, da una parte, l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e, dall'altra, l'efficientamento nell'uso delle risorse pubbliche.

Conseguentemente, alla riorganizzazione delle politiche regionali di assegnazione dei budget e di fissazione dei livelli massimi di finanziamento dovrà necessariamente tener conto dei seguenti obiettivi:

- ottimizzare la spesa sanitaria;
- aumentare la capacità produttiva attraverso l'efficientamento nell'uso delle risorse pubbliche;
- ricondurre, secondo criteri di appropriatezza clinica, economicità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, le prestazioni sanitarie, erogate con oneri a carico del servizio sanitario regionale, ad un regime di erogazione più appropriato, nel rispetto della sicurezza del paziente e degli operatori;
- ottimizzare il numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero per abitante per garantire il soddisfacimento del fabbisogno di salute.

Il sistema di determinazione dei tetti di spesa degli erogatori privati accreditati sarà fondato, pertanto, sui seguenti criteri generali:

- tutti gli erogatori privati devono concorrere all'ottimizzazione dell'offerta complessiva regionale orientando la propria attività in relazione agli indirizzi della programmazione regionale e agli effettivi bisogni dei cittadini, nel rispetto dei tempi massimi di attesa previsti per le diverse classi di priorità delle prestazioni;
- appropriatezza clinica delle prestazioni erogate dal sistema sanitario, intesa sia qualitativamente che quantitativamente ed in relazione all'uso economico ed efficiente di tutte le risorse, indirizzando le risorse prioritariamente al soddisfacimento del fabbisogno di salute della popolazione residente nella Regione Molise e verso le branche specialistiche più in sofferenza, aumentando la capacità produttiva e assicurando nel contempo la sostenibilità del sistema;
- il rispetto dell'equilibrio di bilancio e del contenimento della spesa pubblica, anche alla luce della rideterminazione delle risorse economiche disponibili che richiede di utilizzare al meglio le potenzialità delle strutture pubbliche, rivedendo pertanto, in ossequio alle precitate ragioni di finanza pubblica e al principio solidaristico, l'offerta complessiva delle prestazioni offerte dai soggetti privati.

La rimodulazione e la riorganizzazione dell'intera offerta sanitaria regionale per il prossimo triennio, oltre a prevedere il potenziamento dell'offerta pubblica con il rafforzamento della dotazione organica e delle apparecchiature necessarie, contempla un riorientamento dell'acquisto di prestazioni da privato. In tale contesto risulta prioritario stipulare gli accordi bilaterali con le regioni interessate dai flussi di mobilità in entrata e in uscita dal Molise. Difatti, l'articolo 1, comma 576, della legge n. 208/2015 ha previsto l'obbligatorietà della sottoscrizione degli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale di cui all'articolo 19 del Patto per la salute sancito con Intesa del 3 dicembre 2009. Inoltre, l'articolo 1, comma 492, della legge n. 178/2020 ha previsto che la sottoscrizione di tali Accordi costituirà, a decorrere dal 2022, adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale.

La Regione Molise, pertanto, in ottemperanza alla normativa vigente, provvederà ad avviare interlocuzioni con le Regioni per le quali si registra maggiore mobilità attiva e passiva partendo da quelle confinanti (Lazio, Campania, Puglia, Abruzzo), al fine di pervenire alla sottoscrizione degli accordi per la gestione del fenomeno della mobilità e la regolazione delle relative prestazioni.

La sottoscrizione di tali Accordi riveste una importanza strategica per la regione e consentirà, con particolare riferimento agli erogatori privati accreditati a gestione diretta, tra l'altro di:

- programmare ex ante i tetti annuali massimi di finanziamento degli scambi in mobilità;
- definire criteri di remunerazione delle attività erogate in mobilità che promuovano la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni e penalizzino/riducano eventuali comportamenti inappropriati;
- definire e condividere programmi di monitoraggio e controllo dell'attività effettuata, con particolare riferimento all'appropriatezza delle prestazioni erogate, al fine di pervenire ad un miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza nell'uso dei fattori produttivi, nelle more della definizione, da parte del Comitato LEA, delle linee guida e del set di indicatori, previsti dall'articolo 1, comma 492, della legge n. 178/2020 e finalizzati ad armonizzare i sistemi di controllo di appropriatezza degli erogatori accreditati;
- governare il fenomeno della mobilità attiva e passiva.

Le competenze specialistiche e le risorse di offerta del privato, in questo nuovo modello, dovranno essere coordinate con l'offerta pubblica, soprattutto in considerazione dei nuovi punti fisici di erogazione e dei nuovi strumenti processuali e *setting* ritenuti prioritari dalla Missione 6 Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per la bassa e media complessità (Case e Ospedali di Comunità, ADI e Centrali Operative Territoriali).

La programmazione triennale, tenuto conto delle osservazioni emerse dai Tavoli di Verifica e delle considerazioni intende riconfigurare il complessivo rapporto con gli erogatori privati in una logica di leale collaborazione, tesa all'eliminazione dell'elevato contenzioso esistente nell'interesse prioritario dei cittadini, raggiungendo e realizzando la giusta sinergia rappresentata nelle normative nazionali e regionali in materia.

I livelli massimi di finanziamento per il triennio di programmazione tengono conto, a partire dal 2023, della distribuzione territoriale delle risorse e della localizzazione delle strutture private nell'ambito dell'organizzazione sanitaria regionale al fine di riequilibrare, nei limiti delle risorse disponibili, i budget destinati all'acquisto di prestazioni rispetto agli ambiti territoriali e alle liste d'attesa.

In analogia con quanto disposto dai precedenti provvedimenti in materia, i tetti di spesa sono comprensivi della quota di compartecipazione alla spesa (c.d. ticket) che deve pertanto intendersi come mero acconto di pagamento da recuperarsi con la prima fatturazione utile.

Al fine di realizzare la completa integrazione pubblico-privato, rendendo il cittadino consapevole della complessiva offerta sanitaria regionale, l'utilizzo del sistema CUP regionale da parte degli erogatori privati tramite inserimento delle relative agende di prenotazione è vincolante al fine dell'utilizzo, da parte di ciascun Erogatore privato, dei tetti di spesa assegnati.

Pertanto, i principi ispiratori della determinazione dei budget per il triennio saranno i seguenti:

- ripartire le risorse finanziarie disponibili in modo da potenziare le prestazioni a favore dei pazienti regionali anche al fine di ridurre la mobilità passiva di "prossimità";
- garantire le prestazioni cd. "salvavita";
- definire il budget sia per le strutture contrattualizzate dalla Regione che per quelle contrattualizzate dall'A.S.Re.M.

Le azioni previste nel triennio saranno pertanto rivolte a:

- determinare l'assorbimento di parte della mobilità passiva extra-regionale attraverso le Strutture del SSR, pubbliche e private;
- riequilibrare le reti regionali clinico ospedaliere pubbliche e private, evitando sovrapposizioni e inefficienti ridondanze nell'offerta anche attraverso l'utilizzo delle politiche di accreditamento;
- migliorare l'appropriatezza delle prestazioni erogate, anche in aderenza a quanto disciplinato dal DM 70/2015;
- definire i budget per l'acquisto di prestazioni ospedaliere e territoriali nel pieno rispetto delle indicazioni e dei limiti previsti dalla normativa di riferimento;
- potenziare l'offerta assistenziale sul territorio

7.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 7.1.1 Fissazione dei livelli massimi di finanziamento annualità 2023-2025

Azione 7.1.1.1 Emanazione decreti per assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati per l'anno 2023

Indicatore 7.1.1.1 DCA di assegnazione

Azione 7.1.1.2 Emanazione decreti per assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati per l'anno 2024

Indicatore 7.1.1.2 DCA di assegnazione

Azione 7.1.1.3 Emanazione decreti per assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati per l'anno 2025

Indicatore 7.1.1.3 DCA di assegnazione

Obiettivo 7.1.2 Stipula degli accordi bilaterali per il governo della mobilità

Azione 7.1.2.1 Stipula degli accordi bilaterali per il governo della mobilità

Indicatore 7.1.2.1 Accordo Bilaterale

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
7.1.1 Fissazione dei livelli massimi di finanziamento annualità 2023-2025	7.1.1.1 Emanazione decreti per assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati per l'anno 2023	31/12/2023	DCA di assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'anno 2023	Si/no		
	7.1.1.2 Emanazione decreti per assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati per l'anno 2024	31/03/2024	DCA di assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'anno 2024	Si/no		
	7.1.1.3 Emanazione decreti per assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati per l'anno 2025	31/12/2024	DCA di assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'anno 2025	Si/no		
7.1.2 Stipula degli accordi bilaterali per il governo della mobilità	7.1.2.1 Stipula degli accordi bilaterali per il governo della mobilità	30/09/2024	Accordo Bilaterale	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
Servizio Livelli Massimi di Finanziamento e dell'Integrazione Sociosanitaria						
DG A.S.Re.M						

7.2 Contratti

La struttura commissariale, nell'attuale composizione, ha dovuto affrontare la problematica concernente l'omessa stipulazione da parte di alcuni soggetti accreditati dei contratti ex art. 8 quinquies del d.lgs. n. 502 del 1992 dall'anno 2019.

Gli ultimi anni sono stati caratterizzati da un elevato contenzioso che ha riguardato alcune strutture con le quali negli ultimi mesi sono state completate le procedure di sottoscrizione degli accordi contrattuali relative, appunto, al triennio considerato.

Alcuni dei contenziosi attivati dalle Strutture private accreditate e inerenti alla fissazione dei limiti massimi di finanziamento e l'approvazione degli schemi contrattuali si sono risolti in senso sfavorevole alla regione Molise.

In particolare, sono stati annullati dal Giudice amministrativo i DCA n. 10 e 11 del 5 febbraio 2020, concernenti la fissazione dei limiti massimi di finanziamento e lo schema di contratto per l'anno 2019.

In aderenza agli indirizzi ministeriali la Struttura Commissariale con il DCA n. 18 del 28 aprile 2022, recante "Annullamento parziale in sede giurisdizionale del dca n. 10 e del dca n. 11 del 5 febbraio 2020. Provvedimenti consequenziali", stabiliva di riconoscere alle strutture che avevano ottenuto in sede giurisdizionale l'annullamento dei DD.CC.AA. n. 10 e 11 del 2020, le prestazioni rese a favore dei pazienti di altre regioni in misura eccedente quella fissata nei budget definiti con le disposizioni indicate nel DCA n. 10 del 2020, limitatamente alle sole prestazioni riconosciute e liquidate alla Regione Molise in sede di compensazione intraregionale, previa sottoscrizione dello schema di contratto adottato e dell'emissione delle note di credito relative alle prestazioni fatturate oltre il budget e non riconosciute con il medesimo DCA n. 18/2022.

Successivamente intervenivano due pronunce del Consiglio di Stato nei confronti delle due Strutture a diretta gestione regionale I.R.C.C.S. Neuromed e Gemelli Molise (ora Responsible Research Hospital – SB) sui ricorsi avverso i provvedimenti di fissazione dei limiti massimi di finanziamento e lo schema di contratto per l'anno 2020.

Il Consiglio di Stato, sez. III, con le sentenze n. 3773/2023, resa nel ricorso d'appello R.G. 5348/22 promosso da Gemelli Molise avverso la sentenza TAR Molise n. 458/2021 e n. 3775/2023 resa nel ricorso d'appello R.G. 5352/22 promosso dall'I.R.C.C.S. Neuromed avverso la sentenza TAR Molise n. 462/2021, ha fornito nuovi canoni interpretativi e indicazioni operative per la strutturazione del budget nei confronti delle due Strutture a diretta gestione regionale, sostanzialmente ammettendo la valicabilità dei limiti massimi di finanziamento per le prestazioni rese in favore dei pazienti extraregionali, nei limiti delle somme riconosciute in sede di compensazione della mobilità sanitaria interregionale, nonché delle cd. prestazioni "salvavita".

In linea con le indicazioni dettate da Giudice amministrativo, la Struttura commissariale provvedeva a rettificare per le due strutture a diretta gestione regionale i provvedimenti di fissazione dei limiti massimi di finanziamento e gli schemi di contratto per gli anni 2020, 2021, 2022 e 2023 rispettivamente con i DD.CC.AA. nn. 39/2023 (anno 2020), 32/2023 (anno 2021), 45/2023 (anno 2022) e 25/2023 (anno 2023), allineandone i contenuti alle prescrizioni dettate dai Giudici del Supremo Collegio e dai Ministeri affiancanti.

Le Strutture I.R.C.C.S. Neuromed e Gemelli Molise (ora Responsible Research Hospital– SB) hanno stipulato negli ultimi mesi del 2023 tutti i contratti per l'acquisto di prestazioni sanitarie dal 2020 al 2023, di cui ai provvedimenti commissariali innanzi citati.

L'individuazione del fabbisogno e il definitivo assetto della rete ospedaliera complessiva, unitamente al rinnovato processo di valutazione dei requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi per l'accreditamento istituzionale, consentiranno la stipula degli accordi contrattuali e dei contratti per gli anni 2024 e 2025.

Nello specifico si procederà a:

- Individuare vincoli di budget che incentivino l'appropriatezza non solo organizzativa ma anche clinica nell'erogazione delle prestazioni sanitarie;
- Stipulare, entro l'anno in corso, i relativi contratti di erogazione per l'anno 2024 con le strutture private per evitare l'incertezza derivante dall'assenza di contratto;
- Concludere le trattative per la stipula degli accordi di confine.

Si stabilisce, inoltre, per il triennio di operatività del presente Programma Operativo che:

- i budget per l'acquisto di prestazioni ospedaliere e territoriali per gli anni 2023-2025 rispettino le indicazioni e i limiti previsti dalla Legge n°135/2012 "Spending Review" e ss.mm.ii;
- gli importi definiti nei budget e nei tetti siano al lordo delle compartecipazioni e del ticket sanitario;
- gli accordi contrattuali contengano in allegato il piano delle prestazioni;
- il tetto di remunerazione sia stabilito come invalicabile, sia per le prestazioni rese ai residenti in Molise, sia in favore di residenti in altre regioni, con le eccezioni di cui alle citate sentenze del Consiglio di Stato sez. III n. 3773/2023 e n. 3775/2023;
- le tariffe, che moltiplicate per il numero di prestazioni effettuate determineranno il tetto di remunerazione della struttura, siano quelle lorde comprensive di compartecipazione dei cittadini;
- le compartecipazioni direttamente riscosse dalle strutture accreditate siano contabilizzate come pagamento in acconto sul fatturato complessivo delle prestazioni.

7.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 7.2.1 Stipula degli accordi contrattuali e dei contratti per il triennio 2023-2025

Azione 7.2.1.1 Stipula dei contratti di erogazione delle prestazioni sanitarie con le strutture private – anno 2023

Indicatore 7.2.1.1 Atto ASReM/Direzione Generale per la Salute

Azione 7.2.1.2 Stipula dei contratti di erogazione delle prestazioni sanitarie con le strutture private – anno 2024

Indicatore 7.2.1.2 Atto ASReM/Direzione Generale per la Salute

Azione 7.2.1.3 Stipula dei contratti di erogazione delle prestazioni sanitarie con le strutture private – anno 2025

Indicatore 7.2.1.3 Atto ASReM/Direzione Generale per la Salute

Azione 7.2.1.4 Attivazione delle procedure volte alla sospensione dell'accreditamento per le Strutture che non procederanno alla stipula degli accordi contrattuali proposti

Indicatore 7.2.1.4 DCA

Azione 7.2.1.5 Conclusione delle trattative per la stipula degli accordi di confine
Indicatore 7.2.1.5 DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
7.2.1 Stipula degli accordi contrattuali e dei contratti per il triennio 2023-2025	7.2.1.1 Stipula dei contratti di erogazione delle prestazioni sanitarie con le strutture private – anno 2023	31/12/2023	Atto ASReM/Direzione Generale	Si/no		
	6.2.1.2 Stipula dei contratti di erogazione delle prestazioni sanitarie con le strutture private – anno 2024	31/03/2024	Atto ASReM/Direzione Generale	Si/no		
	6.2.1.3 Stipula dei contratti di erogazione delle prestazioni sanitarie con le strutture private – anno 2025	31/12/2024	Atto ASReM/Direzione Generale	Si/no		
	7.2.1.4 Attivazione delle procedure volte alla sospensione dell'accreditamento per le Strutture che non procederanno alla stipula degli accordi contrattuali proposti	30/06/2024	DCA			
	7.2.1.5 Conclusione delle trattative per la stipula degli accordi di confine	30/09/2024	DCA			
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute Servizio Livelli Massimi di Finanziamento e dell'Integrazione Sociosanitaria DG A.S.Re.M						

7.3 Tariffe per tutte le tipologie di assistenza

Con DCA N. 50/2023 è stato recepito il nuovo Nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 recante "Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" (G.U. 18 marzo 2017 n. 65) con relativi allegati. Sono state, inoltre, recepite le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale di cui al Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 23 giugno 2023 recante "Definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica" (G.U. 4 agosto 2023 n. 181). È stato, infine, approvato il nuovo Nomenclatore regionale per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, ed è entrato in vigore nella regione Molise a partire dal 1° aprile 2024 (cfr DCA n. 61/2023).

Il sistema di remunerazione attualmente in uso è fondato su un modello di tipo prospettico, basato su tariffe per prestazione fissate preventivamente.

Le prestazioni sanitarie per cui sono determinate le tariffe sono definite, a livello nazionale, per ciascuna categoria di attività assistenziale, al fine di garantirne l'omogeneità e la connessa portabilità dei diritti di assistenza quali:

- Nomenclatore tariffario dell'assistenza specialistica ambulatoriale
- Nomenclatore protesi
- Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti e non acuti (sistema DRG)

Le tariffe sono definite in base a criteri nazionali che impongono il legame delle tariffe con i costi per produrre le prestazioni secondo modalità efficienti ed appropriate ed il rispetto dei vincoli dettati dai livelli di finanziamento complessivo.

Oltre alle tariffe, poiché non tutte le attività sanitarie prodotte ed erogate dalle strutture sanitarie sono riconducibili a prestazioni tariffabili singolarmente, il sistema di remunerazione prevede un secondo elemento costituito dalle cosiddette **funzioni assistenziali** (cfr. paragrafo Remunerazione delle funzioni assistenziali), remunerate sulla base del costo standard del corrispondente programma di assistenza.

L'attuale sistema regionale è disciplinato dai seguenti atti:

DCA	Anno	Data	Oggetto
6	2009	09/12/2009	P.O. di rientro 2007/2008/2009 - Obiettivo specifico 13 e 14 - obiettivo operativo 13.1 e 14.2. Adempimenti LEA 2008. Adozione provvedimenti per promuovere il passaggio dell'erogazione dal regime ospedaliero al regime ambulatoriale. Linee guida per l'istituzione del day service misure di qualificazione e potenziamento dell'attività ambulatoriale con l'introduzione degli Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali Chirurgiche (APAc) e dei pacchetti Ambulatoriali Complessi Diagnostici e Terapeutici (PACd). Introduzione nel nomenclatore tariffario dell'assistenza specialistica ambulatoriale degli accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APAc) per la "liberazione del tunnel carpale" e per l'"intervento di facoemulsificazione ed aspirazione di cataratta ed inserzione di cristallino artificiale intraoculare"
48	2010	02/07/2010	Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale delle Prestazioni di Ricovero Ospedaliero (D.R.G.)
17	2011	31/05/2011	Definizione tariffe Day-Hospice da applicare nei centri residenziali delle Cure Palliative- Hospice della Regione Molise
18	2011	31/05/2011	Livello di assistenza della specialistica ambulatoriale. Integrazione al Nomenclatore tariffario regionale (Decreto del Commissario ad acta n. 48 del 02/07/2010)
83	2011	26/09/2011	Istituzione della "Chirurgia Ambulatoriale Complessa" (Branca 80). Classificazione delle prestazioni e Tariffazione. Linee guida e modalità applicative.
109	2011	22/12/2011	Integrazione del Nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (D.M. 22 luglio 1996) con inserimenti, adeguamenti e tariffazione di prestazioni innovative. Abrogazione Decreto del Commissario ad acta n. 18 del 31/05/2011.
9	2012	22/03/2012	Decreto n. 109 del 22/12/2011 "Integrazione del Nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza della specialistica ambulatoriale (D.M. 22 luglio 1996) con inserimenti, adeguamenti e tariffazione di prestazioni innovative. Abrogazione decreto del commissario ad acta n. 18 del 31/05/2011". Rettifica ed integrazioni
26	2012	31/05/2012	Revoca dei DCA n. 11 e 86 del 2011. Nuova approvazione delle tariffe per fascia di assistenza, delle Linee Guida e Regolamentari di ammissione degli assistiti nelle Residenze Sanitarie Assistenziali pubbliche e private della Regione Molise
32	2012	18/07/2012	Decreto del Commissario ad acta n. 48 del 02/07/2010 "Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale delle Prestazioni di Ricovero Ospedaliero (D.R.G.)". Sentenza TAR Molise n. 152/2012 Reg.Prov.Coll.. Annullamento DCA n. 48/2010 - Determinazioni conseguenti. Disciplina intertemporale.
19	2013	27/06/2013	Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di ricovero ospedaliero (Vedi anche errata corrige del 22/07/2013)
33	2014	10/10/2014	Fasce di remunerazione delle prestazioni ospedaliere: aggiornamento delle tariffe regionali transitorie per le strutture di fascia B
31	2015	08/06/2015	Nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale della Regione Molise
54	2015	22/09/2015	Nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale della Regione Molise: integrazione della prestazione "Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche anche per via ipodermica, intramuscolare, endovenosa"
33	2016	26/05/2016	Appropriatezza nella erogazione delle prestazioni di medicina di laboratorio - Introduzione dell'algoritmo diagnostico della funzione tiroidea: il TSH Reflex - Direttiva Regionale. Introduzione nel Nomenclatore Tariffario Regionale per la specialistica ambulatoriale (D.C.A. n. 31/2015) dell'esame TSH-Reflex, del codice e della relativa tariffa.
57	2020	08/10/2020	DPCM 12 gennaio 2017. Definizione tariffe per prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti e disabili. Tariffe annualità 2020. Determinazioni.
81	2020	26/11/2020	Tariffario Unico Regionale dei compensi delle prestazioni rese nell'esclusivo interesse dei privati dai sanitari dipendenti dai Servizi ed Unità operative del Dipartimento Unico di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise - Aggiornamento e Revisione.
1	2022	24/01/2022	Tariffa pro capite giornaliera per le prestazioni sociosanitarie erogate in regime residenziale dalle comunità terapeutiche di tipo pedagogico-riabilitativo a persone con problemi di tossicodipendenza
14	2022	28/04/2022	Regolamento regionale n.1/2004 "Regolamento applicativo della legge regionale n.30/2002, ai sensi dell'art. 13, comma 1.a" - definizione delle tariffe minima e massima pro capite pro die per le prestazioni riabilitative e territoriali erogate ai malati psichiatrici dai centri diurni afferenti alla rete della salute mentale – Provvedimenti.
21	2022	13/05/2022	Tariffa pro capite pro die per le prestazioni sociosanitarie a persone con problemi di tossicodipendenza erogate in regime residenziale dalle comunità terapeutico-riabilitative regionali

A livello nazionale, si è avviato un percorso per la definizione del cd. “Decreto Tariffe” concernente la definizione delle tariffe dell’assistenza specialistica ambulatoriale e protesica.

Il Decreto, attraverso la Commissione Permanente (art. 8-sexies, commi 5 e 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, art. 9 del Patto per la salute 2014-2016), composta da sottogruppi specifici per:

- assistenza specialistica ambulatoriale
- assistenza protesica
- assistenza ospedaliera post-acuzie riabilitativa e di lungodegenza
- assistenza ospedaliera in acuzie
- funzioni e regole del sistema di remunerazione

si pone l’obiettivo di ridefinire le tariffe su scala nazionale e, più nello specifico, di:

- aggiornare e mantenere le tariffe massime di riferimento per le prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera per acuti, di riabilitazione, di lungodegenza post-acuzie, di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica;
- individuare le funzioni assistenziali ed i relativi criteri di remunerazione massima;
- definire regole e criteri di remunerazione dei servizi di telemedicina e televisita.

7.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 7.3.1 Aggiornamento del sistema tariffario regionale

Azione 7.3.1.1 Recepimento del cd. Decreto Tariffe

Indicatore 7.3.1.1 DCA di Recepimento e proroga

Azione 7.3.1.2 Determinazione delle tariffe per l’autismo

Indicatore 7.3.1.2 DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
7.3.1 Aggiornamento del sistema tariffario regionale	7.3.1.1 Recepimento del cd. Decreto Tariffe	31/12/2023	DCA di Recepimento e proroga	Si/no		
	7.3.1.2 Determinazione delle tariffe per l'autismo	30/06/2023	DCA	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
Servizio Livelli Massimi di Finanziamento e dell’Integrazione Sociosanitaria						
DG A.S.Re.M						

7.4 Remunerazione delle funzioni assistenziali

Il d.lgs. n. 502/1992 (art. 8-sexies) prevede che la remunerazione delle strutture eroganti prestazioni sanitarie avvenga a tariffe predefinite per prestazioni e, per talune attività non coperte da tariffa, a funzioni assistenziali (cd. funzioni non tariffabili) remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza.

Le regioni definiscono le funzioni assistenziali nell'ambito delle attività che rispondono alle seguenti caratteristiche generali (comma 2 dell’art. 8-sexies del d.lgs. 502/92):

a) programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento alla assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti;

- b) programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona;
- c) attività svolte nell'ambito della partecipazione a programmi di prevenzione;
- d) programmi di assistenza a malattie rare;
- e) attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza, nonché il funzionamento della centrale operativa, di cui all'atto di indirizzo e coordinamento approvato con DPR 27 marzo 1992;
- f) programmi sperimentali di assistenza;
- g) programmi di trapianto di organo, di midollo osseo e di tessuto, ivi compresi il mantenimento e monitoraggio del donatore, l'espianto degli organi da cadavere, le attività di trasporto, il coordinamento e l'organizzazione della rete di prelievi e di trapianti, gli accertamenti preventivi sui donatori.

Il valore complessivo della remunerazione delle funzioni non può in ogni caso superare il 30% del limite di remunerazione assegnato (comma 1-bis dell'art. 8-sexies del d.lgs. 502/92) e va determinato nel rispetto del tetto di spesa previsto dal decreto-legge n. 95/2012 e s.m.i. per l'acquisto di prestazioni ambulatoriali ed ospedaliere da privato accreditato e dell'equilibrio economico finanziario del SSR.

La regione Molise, nell'ambito del DCA dei contratti nell'anno 2024 prevederà la definizione delle funzioni assistenziali nell'ambito della rete per l'emergenza urgenza.

7.5 Procedure di controllo delle prestazioni rese (appropriatezza, vincolo di budget, emissione note di credito, ecc)

La Regione Molise, in attuazione di quanto disposto dal DPCM 12 gennaio 2017⁵ e dalla normativa in materia, al fine di adeguare ai criteri di appropriatezza stabiliti dal Sistema regionale della qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie, nel triennio di programmazione 2022 – 2024, si pone l'obiettivo di indirizzare il sistema degli erogatori (pubblici e privati accreditati), attraverso il miglioramento del sistema regolatorio regionale, chiaro e agile, verso un percorso di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza in tutti i setting assistenziali.

Per una *governance* forte dell'ambito di responsabilità dei controlli in merito alla qualità e all'appropriatezza delle prestazioni erogate da tutti i produttori pubblici e privati accreditati, è necessario aggiornare e perfezionare quindi il sistema di controlli esterni, fornendo a tutti gli enti del Servizio Sanitario regionale linee guida omogenee e contestualizzate alle recenti normative per il controllo della qualità delle prestazioni sanitarie erogate dai produttori pubblici e privati accreditati, sia a livello di ambiti di responsabilità che di assegnazione di competenze e contenuti.

Nel sistema dei controlli, orientati tra l'altro alla verifica della congruità degli interventi effettuati e delle prestazioni rese al fine di evitare una moltiplicazione non appropriata delle prestazioni e le artificiose classificazioni della casistica di appartenenza del singolo intervento intese a far ricadere le prestazioni tra quelle più remunerative, compito determinante spetterà all'Azienda Sanitaria Regionale del Molise – A.S.Re.M.

La Regione Molise avrà la responsabilità della titolarità della funzione di pianificazione e vigilanza, effettuando attività di verifica dei controlli e consentendo il monitoraggio e la trasparenza delle azioni, anche da parte degli Erogatori privati accreditati, a tutela della qualità e dell'efficienza erogativa delle prestazioni sanitarie, a tutela della salute e delle risorse pubbliche.

Il Sistema dei controlli verifica, inoltre, la coerenza delle prestazioni erogate e il titolo di accreditamento per scongiurare fenomeni di incongruità, inappropriatezza e/o fenomeni opportunistici rilevanti, oltre che la rispondenza della produzione con i vincoli di budget (con le conseguenti richieste di eventuali note di credito da ricevere) finalizzate alla sistemazione contabile del procedimento.

Il riordino del sistema dei controlli si prefiggerà, tra l'altro, il perseguimento dei seguenti obiettivi:

- Individuare i fenomeni opportunistici correlati al sistema DRG attraverso la riduzione dei tempi di degenza, la frammentazione delle cure (ricoveri ripetuti), la selezione della casistica e la non corretta compilazione della SDO (diagnosi principale, complicanze e comorbidità, ecc.);

⁵ Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

- Ridurre le quote di inappropriata organizzativa rilevando i ricoveri impropri;
- Migliorare ed uniformare la codifica utilizzata nel rispetto delle norme, effettuando analisi comparative tra i diversi erogatori su specifiche prestazioni;
- Promuovere la qualità della documentazione clinica;
- Assicurare la giusta ripartizione delle risorse tra i soggetti erogatori ed una più equa proporzionalità tra le prestazioni rese ed i costi delle stesse;
- Promuovere iniziative di formazione, aggiornamento e informazione in materia di controllo delle attività sanitarie.

Alla Regione Molise spetterà, inoltre, il compito della valutazione complessiva della Struttura erogatrice, al fine di verificare la permanenza delle condizioni per il mantenimento, la sospensione e/o la rimodulazione dell'accreditamento. La reingegnerizzazione dell'attività dei controlli avverrà anche tramite la predisposizione di un modello informatizzato in grado di garantire la tempestività dei controlli sugli erogatori, abbinandosi al consolidamento e all'armonizzazione delle attività di controllo, oltre che alla predisposizione puntuale di strumenti di valutazione dell'appropriatezza clinica delle prestazioni sanitarie (strumenti di clinical governance come audit clinico, verifica dell'adesione dei processi assistenziali ad eventuali Linee Guida e l'implementazione di un sistema di controllo delle attività territoriali attraverso la realizzazione di modalità operative di verifica e di sanzione).

Altro obiettivo in merito alle procedure di controllo delle prestazioni è sicuramente quello di garantire la periodicità dei controlli di appropriatezza. A questo si aggancia anche l'obiettivo di concludere i procedimenti delle annualità pregresse (ad oggi risultano da verificare le prestazioni per l'annualità 2021).

Verrà, infine, posta particolare attenzione sui controlli contabili, con particolare riferimento alla verifica del rispetto dei budget assegnati agli erogatori privati accreditati, alla coerenza tra budget, produzione e fatturazione e alla corretta e completa ricezione di tutte le note di credito, quando dovute.

Per tale ultimo aspetto, stante la reiterata mancata emissione delle note di credito da parte degli erogatori privati accreditati, si procederà all'avvio delle procedure sanzionatorie previste dal contratto per l'acquisto dalle strutture private operanti in regime di accreditamento di prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale, approvato con Decreto del Commissario ad acta n. 60 dell'8 ottobre 2020 che, all'articolo 6, comma 11, ha previsto come la mancata emissione delle note di credito da parte della struttura in caso di fatturazione eccedente il budget costituisca grave inadempimento e causa di risoluzione del contratto.

7.5.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 7.5.1 Indirizzare il sistema degli erogatori (pubblici e privati accreditati) attraverso il perfezionamento del sistema regolatorio regionale per tutti i setting assistenziali

Azione 7.5.1.1 Approvazione del Decreto del Commissario ad Acta di riordino del sistema dei controlli

Indicatore 7.5.1.1 DCA di riordino del sistema dei controlli

Obiettivo 7.5.2 Reingegnerizzare l'attività dei controlli tramite un modello informatizzato in grado di garantire la tempestività delle verifiche sugli erogatori

Azione 7.5.2.1 Implementazione di un modello informatizzato per l'attività dei controlli-assistenza ospedaliera

Indicatore 7.5.2.1 Relazione

Azione 7.5.2.1 Implementazione di un modello informatizzato per l'attività dei controlli-assistenza specialistica

Indicatore 7.5.2.1 Relazione

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
7.5.1 Indirizzare il sistema degli erogatori (pubblici e privati accreditati) attraverso il perfezionamento del sistema regolatorio regionale per tutti i setting assistenziali	7.5.1.1 Approvazione del Decreto del Commissario ad Acta di riordino del sistema dei controlli	30/06/2024	DCA di riordino del sistema dei controlli	Si/no		
7.5.2 Reingegnerizzare l'attività dei controlli tramite un modello informatizzato in grado di garantire la tempestività delle verifiche sugli erogatori	7.5.2.1 Implementazione di un modello informatizzato per l'attività dei controlli-assistenza ospedaliera	30/06/2024	Relazione	Si/no		
	7.5.2.2 Implementazione di un modello informatizzato per l'attività dei controlli-assistenza specialistica	30/06/2024	Relazione	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
Servizio Livelli Massimi di Finanziamento e dell'Integrazione Sociosanitaria						
DG A.S.Re.M						
UO Committenza A.S.Re.M						
UOSD Nucleo Ispettivo e Controllo Esterno A.S.Re.M						

8 Beni e Servizi

La Regione Molise al fine di valutare ed individuare misure specifiche rivolte alla gestione efficiente dei processi di acquisizione di beni e servizi ha costituito un Gruppo di lavoro Beni e Servizi con il Decreto del Commissario ad acta n. 40/2019 *“D.L. n. 66/2014 il DPCM del 14 novembre 2014. “Beni e Servizi”. Costituzione gruppo di lavoro e predisposizione procedure operative”*.

Con un successivo DCA n 93/2021 la Regione, per la realizzazione dell'efficientamento e la razionalizzazione della spesa per l'acquisto di beni e servizi per il S.S.R ha istituito un nuovo gruppo di coordinamento con il compito di individuare le azioni strategiche da porre in essere in considerazione di quanto indicato nel Programma Operativo 2019/2021.

Le attività intraprese dal Gruppo di lavoro, a seguito degli incontri svolti presso la Direzione Generale per la Salute della Regione Molise, hanno riguardato, come principale priorità, il rafforzamento delle iniziative rivolte al contenimento della spesa sanitaria. Il gruppo di lavoro ha il compito di coadiuvare la Centrale Unica di Committenza regionale istituita dalla legge regionale n 8 del 4 maggio 2015 designata quale soggetto aggregatore della Regione Molise.

In ottemperanza alle disposizioni di settore (D.lgs. 12 Maggio 2016, n. 50 - D. lgs. 19 aprile 2017 n. 56 e Linee guida ANAC) attraverso la CUC Regionale e l'Azienda Sanitaria regionale si è proseguito nel percorso di implementazione per la realizzazione dell'intero iter procedurale delle gare attraverso l'adesione alle convenzioni CONSIP e attraverso l'utilizzo delle modalità di acquisto tramite portale del MePA.

L'A.S.Re.M ha aderito nel corso degli anni a numerose convenzioni Consip. È stata inoltre prevista l'adozione di misure specifiche finalizzate a conseguire l'effetto di contenere i volumi di acquisto, attraverso la riduzione del numero degli ordinativi, ponendo in essere un'analisi critica qualitativa e quantitativa delle proposte d'ordine provenienti dalle varie strutture aziendali.

Con riferimento agli adempimenti LEA la Regione ha provveduto a relazionare in merito al punto *“B) Beni e Servizi”* con invio SiVeAS LEA n.9/2022 (Nota prot. 180950 del 28/10/2022 relativa ai LEA 2020).

Il CE Consuntivo 2022 rileva costi per l'Acquisto di beni e servizi pari a complessivi 159,2 €/mln, in aumento di 12,4 €/mln rispetto a quanto evidenziato nel CE Consuntivo 2021. Tale differenza è determinata dalle variazioni di Altri Beni Sanitari per + 0,4€/mln, di Beni non Sanitari per +6,2 €/mln; di Servizi per +5,8€/mln.

8.1 Programmazione acquisti

L'art. 21 del Codice Appalti e delle Concessioni, di cui al D. lgs 18 aprile 2016 n 50, in materia di programmazione delle acquisizioni di forniture di beni e servizi, stabilisce al comma 1 *“Le amministrazioni aggiudicatrici adottano il programma biennale degli acquisti di forniture e servizi e il programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali. I programmi sono approvati nel rispetto dei documenti programmatici e in coerenza con il bilancio. Il programma biennale di forniture e servizi e i relativi aggiornamenti annuali contengono gli acquisti di forniture e di servizi di importo unitario stimato pari o superiore a 40.000 euro”*.

Attualmente una delle criticità emerse è una non puntuale individuazione dell'effettivo fabbisogno aziendale.

Obiettivo primario del PO 2023-2025 sarà quello di porre in essere misure e azioni affinché l'ASReM, in ottemperanza alle disposizioni normative, programmi la fornitura di beni e servizi sulla base dell'effettivo fabbisogno Aziendale.

Ulteriore criticità rilevata è l'omesso completamento di molte delle procedure di gara avviate a causa di un eccessivo carico di lavoro che grava sulla Centrale Unica di Committenza (CUC) con conseguente necessità di prorogare i contratti in essere.

Al fine di superare le su indicate criticità, è intenzione della Regione impartire indirizzi applicativi che consentano il ricorso a strumenti alternativi legislativi per la fornitura di beni e servizi alternativi all'utilizzo della CUC.

8.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 8.1.1 Ridefinizione del gruppo di lavoro per il monitoraggio degli acquisti di beni e servizi da parte di ASReM

Azione 8.1.1.1 Ridefinizione del gruppo di lavoro per il monitoraggio degli acquisti di beni e servizi da parte di ASReM

Indicatore 8.1.1.1 DCA

Obiettivo 8.1.2 Linee guida per la definizione del Piano Biennale degli acquisti

Azione 8.1.2.1 Linee guida per la definizione del Piano Biennale degli acquisti

Indicatore 8.1.2.1 DCA

Obiettivo 8.1.3 Pianificazione degli acquisti in base ai fabbisogni

Azione 8.1.3.1 Monitoraggio sulla corretta programmazione di fornitura di beni e servizi

Indicatore 8.1.3.1 Report trimestrale

Obiettivo 8.1.4 Potenziamento della CUC relativamente agli acquisti in sanità

Azione 8.1.4.1 Potenziamento della CUC relativamente agli acquisti in sanità

Indicatore 8.1.4.1 Delibera di Giunta

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
8.1.1 Ridefinizione del gruppo di lavoro per il monitoraggio degli acquisti di beni e servizi da parte di ASReM	8.1.1.1 Ridefinizione del gruppo di lavoro per il monitoraggio degli acquisti di beni e servizi da parte di ASReM	31/03/2024	DCA			
8.1.2 Linee guida per la definizione del Piano Biennale degli acquisti	8.1.2.1 Linee guida per la definizione del Piano Biennale degli acquisti	31/03/2024	DCA			
8.1.3 Pianificazione degli acquisti in base ai fabbisogni	8.1.3.1 Monitoraggio sulla corretta programmazione di fornitura di beni e servizi	30/06/2024	Report trimestrale	Si/no		
8.1.4 Potenziamento della CUC relativamente agli acquisti in sanità	8.1.4.1 Potenziamento della CUC relativamente agli acquisti in sanità	31/12/2024	Delibera di Giunta			
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
DG ASReM						

8.2 Aspetti organizzativi e logistici dei processi di acquisto

Gli aspetti organizzativi e logistici connessi al processo di approvvigionamento per la fornitura di beni e servizi, tenuto conto del peso che tali attività hanno sulla struttura dei costi sanitari e non, sono state oggetto di una massiccia regolamentazione tanto a livello nazionale, quanto regionale, ossia:

- D.Lgs. n. 50 del 18.04.2016 e s.m. e i.;
- L. n. 120 dell'11/09/2020 di conversione del D.L. del 16/07/2020 n. 76;
- L. n.108 del 29/07/2021 di conversione del D.L. n.77 del 31/05/2021;
- L.R. n. 8 del 04/05/2015, di istituzione della Centrale Unica di Committenza Regionale quale soggetto aggregatore ai sensi dell'art. 9, comma 1, D.L.n. 66 del 2016 (art. 22), che ha stabilito che l'amministrazione regionale e gli enti del sistema regionale Molise sono obbligati ad aderire alle convenzioni quadro stipulate dalla centrale unica di committenza regionale (art. 25 comma 4); inoltre tale centrale, in funzione di soggetto aggregatore della domanda, opera aggiudicando appalti pubblici o stipulando accordi quadro (art. 24, comma 1);
- Delibera Giunta Regionale n. 480 del 17/09/2015 *"Centrale Unica di Committenza. Atti Organizzativi. Modificazioni ed integrazioni"*, con la quale sono state approvate le linee guida sostitutive del Regolamento adottato con delibera di GR n. 408 del 31.07.2015, per il funzionamento della Centrale Unica di Committenza";
- L. n. 296/2006, all'art. l'art. 1, comma 449 modificato dall'art. 7 D.L. 52/2012, che sancisce l'obbligo per gli enti del Servizio Sanitario nazionale di approvvigionarsi utilizzando le convenzioni stipulate dalle centrali regionali di riferimento ovvero, qualora non siano operative convenzioni regionali, le convenzioni-quadro stipulate da Consip s.p.a.".
- D.L. n. 95 del 6.07.2012, art. 1, comma 7, convertito con modificazioni dalla Legge n. 135/2012, che ha posto anche a carico delle aziende sanitarie l'obbligo di approvvigionarsi di taluni beni e servizi riconducibili a specifiche categorie merceologiche attraverso *"le convenzioni o gli accordi quadro messi a disposizione da Consip S.p.A. e dalle centrali di committenza regionali di riferimento costituite ai sensi dell'art. 1, comma 455, della legge 27 dicembre 2006, n. 296"*.
- D.L. 24.04.2014, n. 66, art. 9, comma 3-bis, convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 89/2014, secondo cui, per l'acquisto di beni e servizi individuati entro il 31 dicembre di ciascun anno con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, di concerto con il MEF e d'intesa con la Conferenza Unificata e sentita l'ANAC (DPCM 11 luglio 2018) le amministrazioni pubbliche sono obbligate a ricorrere *"a Consip o agli altri soggetti aggregatori"*, salva in ogni caso la possibilità di procedere, qualora non siano disponibili i relativi contratti di Consip Spa o dei soggetti aggregatori, e in caso di motivata urgenza, allo svolgimento di autonome procedure di acquisto dirette alla stipula di contratti aventi durata e misura strettamente necessaria.
- L. n.208 del 28.12.2015, comma 548 dell'articolo unico stabilisce che *"al fine di garantire la effettiva realizzazione degli interventi di razionalizzazione della spesa mediante aggregazione degli acquisti di beni e servizi, gli enti del Servizio Sanitario Nazionale sono tenuti ad approvvigionarsi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario, come individuate dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui all'art. 9, comma 3, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, avvalendosi, in via esclusiva, delle centrali regionali di committenza di riferimento, ovvero della Consip Spa "*.

L'ASReM definisce, con provvedimento del Direttore Generale, di concerto con le articolazioni aziendali, la programmazione biennale degli acquisti di beni e servizi, tenendo conto delle Linee Guida emanate dalla Struttura Commissariale. Attraverso la gestione logistica dei magazzini, coordina il fabbisogno complessivo aziendale.

Nell'ambito del processo di acquisto il gruppo di coordinamento istituito con il DCA 93/2021 ha il compito di individuare le azioni strategiche al fine di potenziare l'efficientamento e la razionalizzazione della spesa per l'acquisto di beni e servizi per il S.S.R.

8.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 8.2.1 Implementare un nuovo modello organizzativo per accrescere le capacità del sistema di governance degli acquisti in ambito sanitario

Azione 8.2.1.1 Approvazione del Piano Biennale da parte dell'ASReM

Indicatore 8.2.1.1 Delibera Direttore Generale ASReM

Azione 8.2.1.1 Mappatura dell'assetto logistico dell'ASReM

Indicatore 8.2.1.1 Provvedimento ASReM

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
8.2.1 Implementare un nuovo modello organizzativo per accrescere le capacità del sistema di governance degli acquisti in ambito sanitario	8.2.1.1 Approvazione del Piano Biennale da parte dell'ASReM	30/06/2024	Delibera Direttore Generale ASReM	si/no		
	8.2.1.2 Mappatura dell'assetto logistico dell'ASReM	30/09/2024	Provvedimento ASReM			
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
DG ASReM						

8.3 Centralizzazione/aggregazione degli acquisti

L'attuale contesto organizzativo di centralizzazione ed aggregazione degli acquisti, conseguente all'istituzione della CUC (L.R. n. 8/2015), consente all'Amministrazione di concludere accordi di fornitura a costi più bassi, grazie al maggiore potere contrattuale di cui essa dispone e alla riduzione dei costi di transazione.

Nel corso del biennio 2020-2021 l'Azienda Sanitaria regionale ha concluso 14 procedure.

Ulteriori convenzioni sono state concluse con CONSIP, mentre è stata disposta la proroga, con conseguente aggiornamento tariffario, per alcune gare.

Nel triennio in programmazione, relativamente all'acquisto di alcuni beni e servizi, è prevista l'adesione per aggregazione a procedure di gara espletate da altre regioni.

Nella programmazione 2023-2025 la Regione Molise, in continuità con gli obiettivi prefissati nel Programma Operativo 2019-2021, intende implementare la stipula di convenzioni, accordi quadro tramite Mepa per gli acquisti di beni e servizi destinati a soddisfare esigenze di fornitura differenziate per valore, specificità e flessibilità, che consentono l'approvvigionamento in modo rapido, semplice e trasparente, coniugando qualità e contenimento dei costi.

8.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 8.3.1 Razionalizzazione della spesa mediante processi di centralizzazione degli acquisti

Azione 8.3.1.1 Monitoraggio della stipula di convenzioni, accordi quadro tramite Mepa per gli acquisti di beni e servizi
Monitoraggio della Stipula di convenzioni, accordi quadro tramite Mepa per gli acquisti di beni e servizi

Indicatore 8.3.1.1 Report semestrale

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
8.3.1 Razionalizzazione della spesa mediante processi di centralizzazione degli acquisti	8.3.1.1 Monitoraggio della stipula di convenzioni, accordi quadro tramite Mepa per gli acquisti di beni e servizi	31/12/2024	Report semestrale	si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute						
DG ASReM						

8.4 Controllo e monitoraggio del mix tra prezzi e quantità

L'attività di controllo e monitoraggio della gestione della spesa sanitaria ha assunto un peso sempre maggiore nell'ambito delle politiche nazionali. Difatti, negli ultimi anni, ridefinito il quadro normativo di settore, si è assistito alla promozione di un nuovo sistema di governance con cui, all'imprescindibile obiettivo generale di tutela della salute dei cittadini, si sono affiancati numerosi interventi volti a garantire il monitoraggio e l'efficientamento della spesa del settore.

Attualmente non risulta adottato nella Regione Molise un modello di monitoraggio della spesa sanitaria. Nel corso del triennio 2023-2025 è intenzione della Regione individuare un modello di monitoraggio che consenta di individuare rapidamente eventuali criticità e porre in essere le conseguenziali manovre correttive.

Il monitoraggio della Regione dovrà garantire che l'Azienda sanitaria effettui:

- periodicamente l'analisi dei consumi, individuando i prodotti consumati (in quantità e valore) ed acquistati (con i relativi prezzi di acquisto).
- Approfondimento "verticale" su alcune specifiche categorie merceologiche ad elevato impatto economico.
- necessarie manovre correttive conseguenziali al miglioramento nei processi di *procurement* attuati.

8.4.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 8.4.1 Potenziamento del sistema di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria

Azione 8.4.1.1 Adozione di un modello di monitoraggio della spesa per acquisto di beni e servizi
Indicatore 8.4.1.1 DCA

Azione 8.4.1.2 Predisposizione di report semestrale di monitoraggio
Indicatore 8.4.1.2 Report semestrale

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
8.4.1 Potenziamento del sistema di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria	8.4.1.1. Adozione di un modello di monitoraggio della spesa per acquisto di beni e servizi	31/12/2024	DCA			
	8.4.1.2 Predisposizione di report semestrale di monitoraggio	30/06/2025	Report semestrale			
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute						
DG ASReM						

9 Assistenza Farmaceutica e Dispositivi Medici

Il contenimento della spesa farmaceutica e la governance del farmaco rappresentano obiettivi necessari per garantire l'accesso e la sostenibilità delle cure. In tale ottica, sono state svolte in questi anni, nell'ambito dei programmi operativi che si sono succeduti, molteplici attività che hanno riguardato le aree di maggiore criticità, quali la spesa per acquisti diretti e l'organizzazione aziendale dei processi di approvvigionamento di farmaci.

Analizzando la spesa farmaceutica dal 2017 si osserva, sul versante della convenzionata, un trend in discesa, con un lieve aumento rilevato nell'anno 2022. La spesa per acquisti diretti, invece, risulta costantemente al di sopra, non solo delle risorse complessive stabilite per legge (14,85%), in linea con i valori di incidenza registrati a livello nazionale (vedi tabella sotto riportata).

Nel 2020, la spesa convenzionata, calcolata al netto dei payback, è stata pari a 41,1 mln di euro, in riduzione del - 0,56% rispetto all'anno precedente, con un'incidenza percentuale della spesa sul Fondo Sanitario Regionale (FSR) del 6,60%. Per l'anno 2020, la spesa per i farmaci acquistati direttamente dalle strutture pubbliche è stata di 60,5 mln di euro, pari ad un'incidenza sul FSR del 9,72% con uno scostamento rispetto al tetto stabilito per legge di 18,9 mln di euro (scostamento del 2,33%), leggermente inferiore rispetto all'anno precedente, ma in linea con l'andamento generale, soprattutto se si considera l'ampliamento del FSR.

Per l'anno 2021, dal monitoraggio AIFA primo rilascio, la spesa convenzionata, calcolata al netto dei payback, è stata pari a 40 mln di euro, pari ad un'incidenza sul FSR del 6,41% con uno scostamento rispetto al tetto stabilito per legge di -3,7 mln di euro. Sul versante degli acquisti diretti la spesa è stata pari a 59,8 mln di euro con uno scostamento pari a 12,1 mln di euro (scostamento del 2,59%).

Nell'anno 2022 la Regione ha registrato una spesa farmaceutica convenzionata di 44,3 milioni di euro, corrispondente ad un avanzo rispetto al tetto (7,00%) dello -0,49%, pari a 3,1 milioni di euro. La spesa per acquisti diretti, come definita ai sensi della Legge 232/2016 e della Legge 145/2018, è stata pari a 65,8 milioni di euro, evidenziando un disavanzo, rispetto al tetto stabilito, del 2,74% (17,3 milioni di euro) e in aumento rispetto all'anno precedente.

Tabella- Andamento della spesa farmaceutica rispetto ai tetti stabiliti per legge

Spesa farmaceutica	2020		2021		2022	
	Molise	Italia	Molise	Italia	Molise	Italia
Spesa convenzionata	6,60%	6,64%	6,41%	6,54%	6,51%	6,43%
Spesa per acquisti diretti	9,72%	9,02%	9,59%	9,28%	10,39%	9,82%
Spesa per ossigeno	0,30%	0,20%	0,35%	0,20%	0,30%	0,19%
Totale	16,62%	15,86%	16,35%	16,02%	17,20%	16,45%

Fonte dati: AIFA, Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale

Il Programma Operativo 2019-2021 ha definito, nell'ambito della più generale programmazione volta ad implementare il processo di riqualificazione del sistema di assistenza sanitaria, per la Macroarea *"Governo dell'assistenza farmaceutica e dei dispositivi medici"* gli obiettivi di seguito elencati:

- Metodo valutativo dei Medici di Medicina Generale (MMG) – Progetto di budget
- Promozione delle misure dirette a garantire l'appropriatezza prescrittiva degli "antimicrobici generali per uso sistemico"
- Indicatori di appropriatezza clinica per aree terapeutiche di sovra utilizzo
- Revisione Accordo Regione-Federfarma Molise per la distribuzione diretta dei farmaci del Prontuario Ospedale-Territorio (PHT)
- Razionalizzazione della spesa mediante processi di centralizzazione degli acquisti diretti

- Razionalizzazione della spesa mediante processi di centralizzazione dell'acquisto di farmaci oncologici ad alto costo
- Governo della spesa dei Dispositivi Medici e dell'appropriatezza d'uso
- Potenziamento dell'utilizzo del farmaco "biosimilare" e razionalizzazione della spesa

Metodo valutativo dei Medici di Medicina Generale (MMG) – Progetto di budget

Promozione delle misure dirette a garantire l'appropriatezza prescrittiva degli "antimicrobici generali per uso sistemico"

Indicatori di appropriatezza clinica per aree terapeutiche di sovra utilizzo

La Regione Molise, al fine di ridurre il fenomeno dell'iper prescrizione e promuovere la razionalizzazione della prescrizione delle classi terapeutiche (ATC) che presentano particolari criticità ed elevati rischi di inappropriata/alto spendenti, ha messo in atto un processo di valutazione che attiene alle categorie di farmaci che determinano i "consumi di base", con esclusione di quelle classi terapeutiche che generano "consumi indotti", il cui utilizzo è stabilito in maniera prevalente da medici specialisti e medici ospedalieri e che seguono solitamente canali distributivi diversi dalla farmaceutica convenzionata.

Con riferimento alla spesa farmaceutica convenzionata si evidenzia la riduzione della spesa a seguito dell'utilizzo delle schede di monitoraggio per le classi di farmaci per le quali, da Tessera Sanitaria, si è registrato un profilo di inappropriata prescrittiva.

Per il tramite della Commissione Appropriatezza Prescrittiva regionale (CAP), istituita con Decreto del Commissario ad Acta n. 13 del 5 marzo 2015, al fine di perseguire gli obiettivi di efficacia ed economicità degli interventi sanitari tramite la promozione ed il controllo dell'appropriatezza delle prestazioni in tutti gli ambiti dell'organizzazione sanitaria, sono state introdotte le schede di monitoraggio per le Eparine a BPM (giusta DDGS n. 77 del 30.09.2019).

In esito a tale introduzione si è riscontrato, già a partire dal primo trimestre 2020, un decremento della prescrizione, sino ad arrivare a gennaio-dicembre 2020 ad una diminuzione del - 33,57 %, con contestuale riduzione delle prescrizioni di tutte le molecole (in particolare la spesa della Parnaparina è diminuita del 52,95% e quella della Nadroparina del 41,90%).

La tendenza migliorativa si è confermata e consolidata anche per l'annualità 2021 (cfr. tabella che segue).

ATC	PRINCIPIO ATTIVO	GEN-DIC 2020 IMPORTO (€) A	GEN-DIC 2021 IMPORTO(€) B	SCOSTAMENTO IMPORTO (€) C=B-A	GEN- DIC 2021 VS GEN- DIC 2020 (%)
TOTALE ATC B		1.983.468	967.783	- 1.015.685	-51,21
B01AB05	ENOXAPARINA	81.837	72.044	- 9.793	-11,97
B01AB06	NADROPARINA	141.577	12.930	- 128.647	-90,87
B01AB01	EPAMINA	25.465	1.758	- 23.707	-93,1
B01AB07	PARNAPARINA	11.718	619	- 11.099	-94,72

Fonte dati: Tessera Sanitaria – estrazione del 01.07.2022

Per la classe J "Anti-infettivi per uso sistemico" i sottogruppi chimico-terapeutico-farmacologici che hanno riportato una maggiore diminuzione sono i sottogruppi J01D e J01C: in particolare, le cefalosporine di terza e seconda generazione (J01DD e J01DC) e amoxicillina e inibitore della beta lattamasi (J01CR02).

ATC	PRINCIPIO ATTIVO	GEN-DIC 2020 IMPORTO (€) A	GEN-DIC 2021 IMPORTO(€) B	SCOSTAMENTO IMPORTO (€) C=B-A	GEN- DIC 2021 VS GEN-DIC 2020 (%)
TOTALE ATC J01D		989.791	876.848	- 112.943	11,41
J01DD	CEFALOSPORINE DI TERZA GENERAZIONE	949.585	842.108	- 107.477	11,32
J01DC	CEFALOSPORINE DI SECONDA GENERAZIONE	22.604	18.429	- 4.175	-18,47
J01C	ANTIBATTERICI- BETALATTAMICI- PENICILLINE	897.478	816.301	- 81.177	-9,05
J01CR02	AMOXICILLINA E INIBITORE DELLA BETA LATTAMASI	750.886	694.740	- 56.146	-7,48

Fonte dati: Tessera Sanitaria – estrazione del 01.07.2022

Si sottolinea che l'intera classe J01 è stata individuata quale specifico obiettivo regionale di razionalizzazione della spesa, assegnato al Direttore Generale ASReM (cfr. DGR n. 78/2020, **obiettivo n. 8**: Contenimento della spesa farmaceutica degli Antibiotici per la categoria terapeutica ATC J01).

Per arginare l'aumento della prescrizione dell'associazione ATC C10BA02 (Simvastatina + Ezetimibe) - ATC C10BA06 (Rosuvastatina + Ezetimibe) con Determinazione del Direttore Generale per la Salute n. 15 del 01.03.2021 è stata approvata la "Scheda di trattamento per la prescrizione di Statine + Ezetimibe (Nota AIFA 13)".

ATC	PRINCIPIO ATTIVO	GEN-MARZO 2021 IMPORTO (€) A	GEN-MARZO 2022 IMPORTO(€) B	SCOSTAMENTO IMPORTO (€) C=B-A	GEN- MARZO 2022 VS GEN- MARZO 2021 (%)
C10BA02	SIMVASTATINA E EZETIMIBE	147.621	157.715	10.094	6,84
C10BA06	ROSUVASTATINA E EZETIMIBE	72.675	81.694	9.019	12,41

Fonte dati: Tessera Sanitaria – estrazione del 01.07.2022

Considerato che la classe ATC ove si è riscontrato un maggior incremento della spesa regionale lorda è la classe ATC C e che, in particolare, tale aumento è dovuto all'uso dell'associazione Simvastatina + Ezetimibe ATC C10BA02, la scheda regionale di trattamento per la prescrizione di STATINE + EZETIMIBE (nota AIFA 13), già approvata con DDGS n. 15 del 01.03.2021, è stata aggiornata con la recente DDGS n. 69 del 27.04.2022, che ha preso atto degli esiti delle riunioni tenutesi con l'Agenzia Italiana del Farmaco, relative all'analisi della spesa farmaceutica, in esito alle quali, tra l'altro, l'AIFA ha chiesto alla Regione di emanare uno specifico provvedimento volto a confermare le schede di trattamento in vigore, ovvero a reintrodurre quelle sospese.

Tali risultati sono stati resi possibili anche attraverso le attività di audit e di monitoraggio con lo strumento Health-DB, ovvero il cruscotto "Business Intelligence", attivato già in sede di Programma Operativo 2015-2018 e implementato nel PO 2019-2021, che ha perseguito l'obiettivo di garantire l'attività di verifica dell'appropriatezza clinica delle prescrizioni farmaceutiche in ambito sia territoriale che ospedaliero, determinando un significativo cambiamento per il monitoraggio e il governo della prescrizione farmaceutica in Regione, ovvero il passaggio dalla misura della variabilità prescrittiva in termini di volumi (DDD per 1000 abitanti die, pazienti in trattamento rispetto alla popolazione generale) o di spesa (spesa pro capite), all'analisi dell'utilizzo dei farmaci nel rispetto dell'indicazione terapeutica o delle condizioni per le quali è stata concessa la rimborsabilità.

La struttura commissariale con DCA n. 98 del 29 dicembre 2020, n. 13, del 17 febbraio 2021 e Determina del Direttore Generale n. 16 del 4 marzo 2021 ha posto in essere una serie di convenzioni al fine di implementare l'appropriatezza prescrittiva:

- cruscotto "HealthDB" per il monitoraggio, la valutazione ed il miglioramento dei percorsi terapeutici e diagnostici e delle modalità di utilizzo delle risorse;
- studio osservazionale "STREAM" di tipo non interventistico.

Allo stato non sono puntualmente quantificabili gli effetti in termini di riduzione della spesa ascrivibili a tale specifica attività.

Revisione Accordo Regione-Federfarma Molise per la distribuzione diretta dei farmaci del Prontuario Ospedale-Territorio (PHT)

Nella Regione Molise il circuito della DPC è stato migliorato con la predisposizione di un tetto massimo del valore dei farmaci del PHT e con l'aggiornamento delle regole operative per la distribuzione intermedia in ordine ai tempi di caricamento dei dati per ricevimento merci e trasferimento e sulle modalità di gestione dei livelli di scorta/riapprovvigionamento (cfr. DCA n. 101 del 18.12.2019 avente ad oggetto: "Accordo tra Regione Molise e Farmacie per la Distribuzione Diretta dei Farmaci. Approvazione schema" e Accordo sottoscritto in data 18.12.2019).

Tuttavia, l'Accordo in vigore fa registrare, come relazionato dall'AIFA nel citato Documento, un incremento del costo del servizio per la DPC e valori superiori alla media nazionale per i farmaci con prezzi inferiore ai 50 euro.

Razionalizzazione della spesa mediante processi di centralizzazione degli acquisti diretti

La Regione Molise al fine di razionalizzare la spesa per "acquisti diretti" dall'anno 2019 ha dato avvio, per il tramite delle competenti strutture ASReM, ad un processo di adesione a confronti concorrenziali derivanti dall'espletamento di precedenti sistemi dinamici posti in essere dalla Regione Piemonte e dalla Regione Sardegna.

L'ASREM ha fornito i primi esiti a seguito della Gara di acquisto dei farmaci espletata in aggregazione alla Regione Piemonte: nel periodo relativo al primo semestre 2021, si è evidenziato un risparmio totale del prezzo di acquisto rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente ed antecedente alla citata gara, pari a circa 1.169.836,73 €, come attestato dal file estratto dalla Engineering s.r.l., società di ingegneria informatica operante presso l'ASREM.

I principi attivi che hanno fatto registrare i risparmi di spesa più rappresentativi, a seguito dell'espletamento della gara, sono: L01XC18 PEMBROLIZUMAB, D11AH05 DUPILUMAB, S01LA04 RANIBIZUMAB, J05AP55 SOFOSBUVIR/VELPATASVI e L04AA23 NATALIZUMAB.

Sono stati valorizzati e confrontati dall'ASREM soltanto i primi sei mesi delle annualità 2020/21, poiché i nuovi prezzi di gara sono entrati in vigore a partire dal secondo semestre 2020 e, pertanto, sono sovrapponibili a quelli del secondo semestre dell'anno successivo.

Razionalizzazione della spesa mediante processi di centralizzazione dell'acquisto di farmaci oncologici ad alto costo

Con il DCA n. 35/2018, a regime dall'anno 2019, la Regione ha approvato il Protocollo Operativo "Acquisto e Gestione Farmaci Oncologici", che prevede la centralizzazione dell'acquisto dei farmaci oncologici ad alto costo erogati dalla Fondazione Giovanni Paolo II, oggi GEMELLI Molise spa, in capo all'ASREM, anche con il fine di perseguire l'applicazione del principio di economia di scala per effetto dell'incremento della quantità del bene farmaco da acquistare.

L'intervento ha prodotto un efficientamento del sistema attraverso il recupero diretto delle spettanze derivanti dagli extra-sconti, su alcune specialità medicinali oggetto dell'azione secondo procedure (cfr. Procedure Applicazione Managed Entry Agreements), che prevedono i rimborsi condizionati derivanti da accordi negoziali stipulati da AIFA con le aziende farmaceutiche consistenti in "sconti" applicati alle terapie di tutti i pazienti eleggibili al trattamento o in più complessi meccanismi legati all'efficacia.

Governo della spesa dei Dispositivi Medici e dell'appropriatezza d'uso

Nel PO 2019-2021 era stata prevista l'istituzione della Commissione regionale sui dispositivi medici, con il compito di sviluppare la vigilanza sui dispositivi utilizzati nelle strutture sanitarie e condurre approfondimenti a carattere tecnico che consentissero di valutare il rapporto efficacia/costi di specifici prodotti e tecnologie.

Tale intervento è stato riprogrammato nel presente PO 2023-2025.

Potenziamento dell'utilizzo del farmaco "biosimilare" e razionalizzazione della spesa

Per quanto riguarda i biosimilari la Regione ha emanato il Decreto del Commissario ad Acta n. 87/2020, recante "LINEE DI INDIRIZZO SULL'UTILIZZO DEI BIOSIMILARI – RECEPIMENTO DEL SECONDO "POSITION PAPER SUI FARMACI BIOSIMILARI" ADOTTATO DALL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO"; con questo provvedimento si è attribuito mandato al Direttore Generale ASREM di mettere in atto ogni utile iniziativa atta ad assicurare il rispetto delle indicazioni di cui al Position Paper, al fine di sensibilizzare e informare i medici prescrittori operanti nelle Strutture Ospedaliere sulle importanti ricadute della loro attività prescrittiva sulla spesa farmaceutica dell'ASREM.

Al riguardo, al I trimestre 2021 la spesa totale della molecola TRASTUZUMAB si è ridotta, mostrando un decremento del 14,18% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, mentre la spesa totale della molecola RITUXIMAB è

aumentata, mostrando un incremento del 49,75% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. La spesa del biosimilare mostra un incremento rispetto alla spesa della molecola originator (35.970,00€ vs -8.838,72€).

In seguito all'entrata in vigore del DCA la spesa totale dei biosimilari ha mostrato un incremento rispetto alla spesa delle molecole *originators*, non ancora sufficiente al raggiungimento dell'obiettivo, considerata la ridotta adesione dai parte dei clinici prescrittori.

L'AIFA, nel più volte citato Documento di analisi evidenzia che la Regione non mostra un andamento ottimale; in particolare, lo scostamento percentuale dal prezzo medio nazionale risulta superiore al 50% per: epoetine, trastuzumab ev, infliximab, EBPM, etanercept e adalimumab.

Adempimenti LEA – Flussi farmaceutica C.14 e C.15 (DD/DPC e CO)

La Regione ha effettuato il monitoraggio trimestrale, trasmettendo le previste relazioni, individuando le criticità e pianificando le azioni correttive.

Focus Revisione del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR)

Il Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR) è uno strumento di governo clinico e di ottimizzazione delle risorse economiche di fondamentale rilevanza per il Sistema Sanitario Regionale.

Esso si sostanzia in un elenco dei farmaci, di prevalente uso ospedaliero, ed è elaborato mediante la selezione dei principi attivi disponibili sul mercato per la prevenzione e la cura delle patologie riscontrabili in ambito ospedaliero.

L'organismo tecnico deputato al suo aggiornamento e revisione è la Commissione Terapeutica Regionale (CTR), costituita con deliberazione della Giunta Regionale n. 360/2007 e, in seguito, modificata con successivi provvedimenti sia commissariali che giuntali, nonché con determinazioni del DG per la Salute.

I criteri di adozione del Prontuario e quelli di revisione dello stesso, seguiti dalla Commissione Terapeutica Regionale, si confermano in accordo con i principi di garanzia dei LEA, di uniformità ed equità di accesso delle cure, nonché con le specifiche decisioni AIFA in materia, garantendo priorità, a parità di indicazioni terapeutiche, ai principi attivi con brevetto scaduto.

La CTR, inoltre, come da decreto del Commissario ad acta n. 5 del 10 febbraio 2010, relativamente ad alcuni farmaci per cui siano richieste particolari precauzioni d'uso, legate al profilo di sicurezza ed alla maneggevolezza del farmaco stesso, ovvero siano destinati ad una particolare fascia di pazienti, o ancora abbiano un costo molto elevato, interviene a monitorare e a verificare che essi siano prescritti ed utilizzati in ambito ospedaliero rispettando le norme di concedibilità.

Attualmente è in fase di redazione l'aggiornamento del PTOR relativo al secondo semestre 2023.

Focus quote di compartecipazione

Per quanto riguarda la spesa relativa al ticket totale la Regione (*cf.* Documento AIFA su analisi spesa farmaceutica) registra un valore superiore rispetto alla media nazionale, che riflette le maggiori quote pro capite sia di ticket fisso che di compartecipazione.

Effettuando un confronto con le altre Regioni in Piano di Rientro, si nota come il Molise mostri una spesa di 28,8 euro, di cui 8,4 sono attribuibili al ticket fisso pro-capite e 21,6 alla spesa pro capite di compartecipazione.

L'obiettivo di riduzione della compartecipazione sui farmaci a carico dei cittadini è perseguibile attraverso la promozione delle azioni dirette a garantire l'appropriatezza prescrittiva, di cui alle azioni del presente PO.

In base a quanto emerso nel 2022 la Regione Molise, per il triennio 2023-2025, per quel che concerne la governance farmaceutica intende intraprendere le seguenti azioni:

- Appropriatezza prescrittiva
- Rispetto dei tetti – Governance del Farmaco
- Governance dei dispositivi medici

Gli obiettivi, e le conseguenti azioni, del presente P.O. dovranno consentire alla Regione il rispetto dei tetti programmati a livello nazionale, recuperando gli scostamenti e promuovendo l'appropriatezza prescrittiva anche al fine di ridurre la compartecipazione sui farmaci a carico dei cittadini.

Di seguito si esplicitano gli interventi previsti per il Programma Operativo 2023-2025.

9.1 Promozione delle misure dirette a garantire l'appropriatezza prescrittiva

La Regione Molise, al fine di ridurre il fenomeno dell'iper prescrizione e promuovere la razionalizzazione della prescrizione delle classi terapeutiche (ATC) che presentano particolari criticità ed elevati rischi di inappropriata/alto spendenti, ha messo in atto un processo volto a moderare i consumi DDD e la spesa pro capite, mediante l'adozione di schede regionali di trattamento, a valere quale metodologia diretta a ricondurre le prescrizioni inappropriate nell'ambito delle specifiche indicazioni AIFA e delle linee di trattamento. È stata posta particolare attenzione alle seguenti classi terapeutiche, individuate per criticità ed inappropriata prescrizione:

- **ATC C**
- **ATC J**

In particolare, per l'ATC C, dal confronto della spesa I semestre 2023 versus I semestre anno 2022 (fonte dati: Sistema TS) si è registrato un incremento pari a + 4,12%. Il sottogruppo chimico-terapeutico-farmacologico per il quale si evidenzia un maggiore aumento di spesa è l'ATC C10 - "Sostanze modificatrici dei lipidi".

Per l'ATC J, dal confronto della spesa I semestre 2023 versus I semestre anno 2022 si è registrato un incremento del + 35,80 %.

Al riguardo si è intervenuti con DDGS n. 69 del 27.04.2022, recante "APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA. SCHEDE REGIONALI DI TRATTAMENTO. PROVVEDIMENTI", che ha disposto la reintroduzione delle schede regionali di trattamento relative a PRESCRIZIONE DI INIBITORI DI POMPA PROTONICA, PRESCRIZIONE DI COLECALCIFEROLO e la conferma della scheda regionale di trattamento per la prescrizione di STATINE + EZETIMIBE (nota AIFA 13).

Pertanto, nella fase di attuazione del Programma Operativo 2023-2025, occorrerà implementare le attività di monitoraggio già poste in essere con riferimento alle categorie terapeutiche in osservazione, per la conseguente applicazione delle misure volte a garantire l'appropriatezza prescrittiva.

I livelli di prescrizione dei farmaci oggetto della presente azione saranno oggetto di monitoraggio nell'ambito del processo di budgeting e reporting dei MMG, di cui all'intervento "Metodo valutativo dei Medici di Medicina Generale (MMG) – Progetto di budget".

9.1.1 Metodo valutativo dei Medici di Medicina Generale (MMG) – Progetto di budget

La Regione Molise, al fine di ridurre il fenomeno dell'iper prescrizione e promuovere la razionalizzazione della prescrizione delle classi terapeutiche (ATC) che presentano particolari criticità ed elevati rischi di inappropriata/alto spendenti, ha messo in atto un processo di valutazione e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta.

Il metodo valutativo attiene alle categorie di farmaci che determinano i "consumi di base", con esclusione di quelle classi terapeutiche che generano "consumi indotti", il cui utilizzo è stabilito in maniera prevalente da medici specialisti e medici ospedalieri e che seguono solitamente canali distributivi diversi dalla farmaceutica convenzionata.

La presente azione si sostanzia nel consolidamento di tale metodologia, ponendo particolare attenzione alle classi terapeutiche individuate per criticità e rischi di inappropriata prescrizione, secondo i maggiori indicatori di consumo aggiornati all'annualità 2021 e di seguito riportati:

- NAO (NOTA AIFA 97)
- FARMACI TERAPIA DIABETE (NOTA AIFA 100)

9.1.2 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 9.1.1 Allineamento della spesa pro capite ai valori nazionali per i farmaci individuati dal report inviato periodicamente da AIFA sui primi 30 principi attivi in convenzionata

Azione 9.1.1.1 Monitoraggio trimestrale della spesa farmaceutica convenzionata

Indicatore 9.1.1.1 Report trimestrale

Obiettivo 9.1.2 Allineamento del costo medio DDD per categoria terapeutica IV livello ATC C al valore medio nazionale

Azione 9.1.2.1 Monitoraggio trimestrale costo medio DDD per ATC C

Indicatore 9.1.2.1 Report trimestrale

Obiettivo 9.1.3 Allineamento del costo medio DDD per categoria terapeutica IV livello ATC J al valore medio nazionale

Azione 9.1.3.1 Monitoraggio trimestrale costo medio DDD per ATC J

Indicatore 9.1.3.1 Report trimestrale

Azione 9.1.3.2 Introduzione della scheda di trattamento per ATC J01DD-cefalosporine di terza generazione

Indicatore 9.1.3.2 DCA

Obiettivo 9.1.4 Riallineamento dei consumi DDD e della spesa pro capite ai valori medi nazionali per i farmaci antidiabetici e per i NAO (note AIFA 97 e 100)

Azione 9.1.4.1 Introduzione/revisione delle schede di trattamento Antidiabetici (nota AIFA 100)/NAO (nota AIFA 97) mediante

Indicatore 9.1.4.1 DCA

Obiettivo 9.1.5 Appropriata prescrizione: riduzione delle prescrizioni inappropriate – MMG/PLS

Azione 9.1.5.1 Monitoraggio del comportamento prescrittivo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta

Indicatore 9.1.5.1 Report semestrale

Obiettivo 9.1.6 Allineamento dei medici iperprescrittori alla spesa pro capite media regionale

Azione 9.1.6.1 Monitoraggio della spesa pro capite media dei medici iperprescrittori e confronto con la spesa pro capite media regionale

Indicatore 9.1.6.1 Report annuale

Azione 9.1.6.2 Adozione/aggiornamento di linee di indirizzo volte alla prescrizione del principio attivo a minor costo per categoria terapeutica

Indicatore 9.1.6.2 DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
9.1.1. Allineamento della spesa pro capite ai valori nazionali per i farmaci individuati dal report inviato periodicamente da AIFA sui primi 30 principi attivi in convenzionata	9.1.1.1 Monitoraggio trimestrale della spesa farmaceutica convenzionata	30/06/2024	Report trimestrale	Scostamento percentuale della spesa pro capite dai valori medi nazionali		
9.1.2. Allineamento del costo medio DDD per categoria terapeutica IV livello ATC C al valore medio nazionale	9.1.2.1 Monitoraggio trimestrale costo medio DDD per ATC C	30/06/2024	Report trimestrale	Scostamento percentuale del costo medio DDD dai valori medi nazionali		
9.1.3 Allineamento del costo medio DDD per categoria terapeutica	9.1.3.1 Monitoraggio trimestrale costo medio DDD per ATC J	30/06/2024	Report trimestrale	Scostamento percentuale del costo medio DDD dai valori medi nazionali		

ATC J al valore medio nazionale	9.1.3.2 Introduzione della scheda di trattamento per ATC J01DD-cefalosporine di terza generazione	30/06/2024	DCA	Si/no		
9.1.4. Riallineamento dei consumi DDD e della spesa pro capite ai valori medi nazionali per i farmaci antidiabetici e per i NAO (note AIFA 97 e 100)	9.1.4.1 Introduzione/revisione delle schede di trattamento Antidiabetici (nota AIFA 100)/NAO (nota AIFA 97) mediante	30/06/2024	DCA	Si/no		
9.1.5 Appropriatelyzza prescrittiva: riduzione delle prescrizioni inappropriate – MMG/PLS	9.1.5.1 Monitoraggio del comportamento prescrittivo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta	30/06/2024	Report semestrale	Audit con i MMG e PLS iperprescrittori a cura dei Distretti Sanitari		
9.1.6 Allineamento dei medici iperprescrittori alla spesa pro capite media regionale	9.1.6.1 Monitoraggio della spesa pro capite media dei medici iperprescrittori e confronto con la spesa pro capite media regionale	31/12/2024	Report annuale	Allineamento del 40% dei medici iperprescrittori alla spesa pro capite regionale		
		31/12/2025	Report annuale	Allineamento del 60% dei medici iperprescrittori alla spesa pro capite regionale		
	9.1.6.2 Adozione/aggiornamento di linee di indirizzo volte alla prescrizione del principio attivo a minor costo per categoria terapeutica	31/12/2024	DCA	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute Servizio Programmazione e Assistenza Farmaceutica DG ASReM UOC – Governance del Farmaco ASReM						

9.2 Rispetto dei tetti – Governance del farmaco

Il circuito di distribuzione dei farmaci del Prontuario Ospedale – Territorio (PHT) ha un meccanismo consolidato ed utilizzato in molteplici contesti italiani, ai sensi della Legge n. 405/2001, art. 8.

Nella Regione Molise il circuito è già stato migliorato con il DCA n. 101/2019 e consiste nella predisposizione di un tetto massimo del valore dei farmaci del PHT, in termini di percentuale massima di distribuzione sul canale convenzionale, e nell'aggiornamento delle regole operative per la distribuzione intermedia in ordine ai tempi di caricamento dei dati per ricevimento merci/trasferimento e sulle modalità di gestione dei livelli di scorta/riapprovvigionamento.

Con il DCA N. 41/2022 è stato approvato lo schema di Accordo con Federfarma Molise per la distribuzione dei farmaci di cui al PHT ai sensi della legge n. 405/01 - art. 8, comma 1, lettera a), e dei farmaci individuati da provvedimenti regionali – ex art. 4, comma 3, lett. c) della legge n. 405/01". Per l'anno 2023, attraverso l'adozione del DCA N. 62/2023 è stata prorogata la scadenza al 31 dicembre 2024. Con i Decreti in parola sono stati rideterminati i criteri e la quantificazione degli oneri di distribuzione del servizio a cura delle farmacie aderenti a Federfarma. Gli effetti scaturenti dal rinnovo del citato accordo saranno riscontrabili a seguito dell'aggiornamento dei dati relativi all'anno 2023, a cura dell'ufficio OsMed dell'AIFA

L'Accordo Regione-Federfarma Molise rinnovato con i richiamati DDCCAA, ha fatto registrare il superamento delle criticità emerse nell'attuazione dell'accordo 2022, intervenendo nello specifico sulle quote di spettanza delle farmacie, al fine di assicurare possibili ed ulteriori economie nella gestione complessiva del sistema, nonché di garantire in termini di logistica e di servizi un corretto funzionamento del sistema stesso che metta sullo stesso piano tutti i cittadini della Regione Molise, sia delle aree urbane che delle aree periferiche.

9.2.1 Somministrazione farmaci da parte delle strutture private accreditate. Spesa extra-tariffa

La Regione Molise annovera, tra le strutture sanitarie private accreditate per l'erogazione delle prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale, l'IRCCS Neuromed quale Centro di riferimento autorizzato alla prescrizione e alla dispensazione/somministrazione delle terapie per il trattamento della sclerosi multipla, individuato per la Regione Molise con Decreto del Ministro della Sanità 5 febbraio 1996 ed accreditato successivamente con provvedimenti regionali per il trattamento con i farmaci di cui alla nota AIFA 65, come modificata ed integrata con le determinazioni AIFA di aggiornamento e revisione. Il Centro accreditato garantisce, pertanto, l'accesso ai farmaci in un contesto di elevata specializzazione che ne assicura l'utilizzo secondo standard di alta qualità assistenziale.

Dall'anno 2008 la Regione, con la DGR n. 1014 del 22 settembre 2008, ha limitato il rimborso alla prima fase del trattamento mediante la dispensazione dei farmaci ai pazienti extraregionali – *garantendo il monitoraggio periodico, da parte dello specialista neurologo del Centro di Riferimento, secondo le buone prassi in materia e seguendo le indicazioni del Centro prescrittore* – per i farmaci appartenenti alla categoria degli Interferoni (tale procedura determina, trattandosi di terapie domiciliari, il prelievo del farmaco presso la ASL di residenza dell'assistito).

Con il DCA n. 31/2019 e con il successivo DCA n. 72/2019 è stato autorizzato l'I.R.C.C.S. Neuromed, nella sua qualità di Centro di riferimento regionale per la terapia della sclerosi multipla, alla prescrizione e somministrazione, in regime di day hospital, dei medicinali OCREVUS, TISABRY e LEMTRADA (utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in struttura ad esso assimilabile), individuando la ASReM per le funzioni di acquisto dei farmaci.

Con il DCA N. 5/2023 la Regione, al fine di razionalizzare la spesa per la somministrazione dei farmaci OCREVUS, TISABRY e LEMTRADA ai pazienti extraregionali, ha abrogato le disposizioni contenute nei Decreti del Commissario ad Acta n. 35/2018, n. 31/2019 e n. 72/2019 nella parte in cui prevedono anche per i pazienti residenti in regioni diverse dal Molise l'acquisto diretto, da parte dell'A.S.Re.M., dei farmaci oncologici ad alto costo e dei farmaci oncologici innovativi destinati alle terapie dei pazienti della Struttura privata GEMELLI Molise SpA, nonché dei farmaci per infusione di cui ai DCA n. 31/19 e n. 72/2019 destinati alla terapia della Sclerosi Multipla recidivante remittente per i pazienti dell'IRCCS Neuromed.

Le strutture in parola hanno promosso ricorso giurisdizionale ed il TAR Molise ne ha sospeso l'efficacia. La Struttura Commissariale si impegna a porre in essere una revisione dello specifico atto di indirizzo anche alla luce delle motivazioni espresse dal TAR.

Come anticipato in premessa, la Regione ha stabilito l'acquisto diretto dei farmaci OCREVUS e TISABRY, coerentemente a quanto rappresentato dall'AIFA circa l'esigenza, per i minori costi sostenuti dalla struttura pubblica mediante adeguata procedura di gara, dell'acquisto diretto da parte della Regione (per il tramite della ASReM).

A tal proposito, di seguito si forniscono i dati della compensazione interregionale anni 2019-2020-2021 relativi nello specifico alla produzione IRCCS Neuromed, in quanto contraddistinta da dati significativi di mobilità attiva:

COMPENSAZIONE INTERREGIONALE		Somministrazione diretta dei farmaci - File F			
Periodo : 2019 - ANNUALE					
Riepilogo delle somministrazioni dirette dei farmaci effettuate da :		Neuromed I.R.C.C.S. 140911			
REGIONE DI PROVENIENZA	Numero ricette	Numero record	ticket incassato	Importo lordo	Totale avere
010 PIEMONTE				-	
020 VALLE D'AOSTA				-	
030 LOMBARDIA				-	
041 PROV.AUT.BOLZANO	2	4	-	9.307,04	9.307,04
042 PROV.AUT.TRENTO				-	
050 VENETO	2	4	-	9.307,04	9.307,04
060 FRIULI VENEZIA GIULIA				-	
070 LIGURIA				-	
080 EMILIA ROMAGNA				-	
090 TOSCANA				-	
100 UMBRIA				-	
110 MARCHE				-	
120 LAZIO	294	588	-	602.206,72	602.206,72
130 ABRUZZO	19	38	-	40.925,52	40.925,52
150 CAMPANIA	377	754	-	820.990,75	820.990,75
160 PUGLIA	13	26	-	33.803,10	33.803,10
170 BASILICATA	26	52	-	51.172,60	51.172,60
180 CALABRIA	3	6	-	13.960,56	13.960,56
190 SICILIA				-	
200 SARDEGNA	2	4	-	3.413,08	3.413,08
Totale complessivo	738	1.476	-	1.585.088,41	1.585.088,41

COMPENSAZIONE INTERREGIONALE		Somministrazione diretta dei farmaci - File F			
Periodo : 2020 - ANNUALE					
Riepilogo delle somministrazioni dirette dei farmaci effettuate da :		Neuromed I.R.C.C.S. 140911			
REGIONE DI PROVENIENZA	Numero ricette	Numero record	ticket incassato	Importo lordo	Totale avere
010 PIEMONTE	11	22	-	18.771,94	18.771,94
020 VALLE D'AOSTA				-	
030 LOMBARDIA	2	4	-	9.307,04	9.307,04
041 PROV.AUT.BOLZANO				-	
042 PROV.AUT.TRENTO				-	
050 VENETO				-	
060 FRIULI VENEZIA GIULIA				-	
070 LIGURIA				-	
080 EMILIA ROMAGNA				-	
090 TOSCANA				-	
100 UMBRIA	2	4	-	9.307,04	9.307,04
110 MARCHE	8	16	-	34.111,34	34.111,34
120 LAZIO	394	788	-	1.022.336,83	1.022.336,83
130 ABRUZZO	40	80	-	111.277,27	111.277,27
150 CAMPANIA	519	1.038	-	1.480.364,26	1.480.364,26
160 PUGLIA	26	52	-	83.419,54	83.419,54
170 BASILICATA	36	72	-	90.565,56	90.565,56
180 CALABRIA	15	30	-	65.836,63	65.836,63
190 SICILIA	2	4	-	9.307,04	9.307,04
200 SARDEGNA				-	
Totale complessivo	1.055	2.110	-	2.934.604,49	2.934.604,49

COMPENSAZIONE INTERREGIONALE		Somministrazione diretta dei farmaci - File F			
Periodo : 2021 - ANNUALE		Neuromed I.R.C.C.S. 140911			
Riepilogo delle somministrazioni dirette dei farmaci effettuate da :					
REGIONE DI PROVENIENZA	Numero ricette	Numero record	ticket incassato	importo lordo	Totale avere
010 PIEMONTE				-	
020 VALLE D'AOSTA				-	
030 LOMBARDIA	4	8	-	18.614,08	18.614,08
041 PROV.AUT.BOLZANO				-	
042 PROV.AUT.TRENTO				-	
050 VENETO	4	8	-	18.614,08	18.614,08
060 FRIULI VENEZIA GIULIA				-	
070 LIGURIA				-	
080 EMILIA ROMAGNA				-	
090 TOSCANA				-	
100 UMBRIA	2	4	-	9.307,04	9.307,04
110 MARCHE	11	22	-	51.188,72	51.188,72
120 LAZIO	523	1.046	-	1.477.369,41	1.477.369,41
130 ABRUZZO	106	212	-	251.450,92	251.450,92
150 CAMPANIA	739	1.478	-	2.171.169,04	2.171.169,04
160 PUGLIA	68	136	-	197.540,97	197.540,97
170 BASILICATA	69	138	-	188.478,78	188.478,78
180 CALABRIA	27	54	-	121.678,87	121.678,87
190 SICILIA	4	8	-	18.614,08	18.614,08
200 SARDEGNA				-	
Totale complessivo	1.557	3.114	-	4.524.025,99	4.524.025,99

Di seguito la percentuale dei pazienti extraregionali in trattamento:

- anno 2019 : 74%
- anno 2020 : 85,9%
- anno 2021: 90,7%
- anno 2022: 82,6%

9.2.2 Razionalizzazione della spesa mediante processi di centralizzazione degli acquisti diretti. Implementazione/ottimizzazione procedure di acquisto

La Regione Molise al fine di razionalizzare la spesa per “*acquisti diretti*” dall’anno 2019 ha dato avvio, per il tramite delle competenti strutture ASReM in raccordo con la Centrale Unica di Committenza regionale, ad un processo di adesione a confronti concorrenziali, derivanti dall’espletamento di precedenti sistemi dinamici posti in essere dalla Regione Piemonte, dalla Regione Abruzzo e dalla Regione Sardegna.

Con DCA n. 93 in data 28 luglio 2021 è stato istituito il Gruppo di Lavoro (GdL) di coordinamento per l’efficientamento e la razionalizzazione della spesa per l’acquisto di beni e servizi per il SSR, ivi compreso l’acquisto del “*bene farmaco*”. Si evidenzia che l’azione della CUC, istituita con L.R. n. 8/2015 e designata quale soggetto aggregatore della Regione Molise, in attuazione del DL n. 66/2014, convertito con legge n. 89/2014, è preposta alla gestione di procedure contrattuali e di appalto per l’acquisizione di beni e servizi ed è volta, tra l’altro, ad aggregare e standardizzare le domande di interesse generale, monitorare beni e servizi, assicurare la trasparenza del mercato, degli appalti pubblici, adeguare gli standard di qualità agli effetti fabbisogni e semplificare i processi di acquisto.

Si rende necessario per la Regione un più efficiente il ricorso alle gare di acquisto, anche attraverso un attento monitoraggio dei fabbisogni regionali e l’efficientamento delle funzioni in capo alla stazione unica appaltante.

La presente azione prevede l’adesione da parte CUC a tutte le procedure di gara da espletarsi da parte di altre Regioni per l’intero fabbisogno farmaci nel triennio di vigenza del Piano. Si evidenzia che, allo stato, la struttura aziendale elabora il fabbisogno farmaci su base annuale con proiezione biennale.

9.2.3 Potenziamento dell’utilizzo del farmaco “biosimilare” e razionalizzazione della spesa

La Regione Molise, al fine di garantire il potenziamento dell’utilizzo dei farmaci biosimilari, ha messo in atto azioni dirette alla razionalizzazione della prescrizione dei farmaci biotecnologici.

I farmaci biotecnologici rappresentano una delle novità terapeutiche più rilevanti di questi ultimi anni, sia per il loro impatto sulla terapia di molte patologie, sia perché hanno aperto nuove strade per interventi farmacologici innovativi.

Tra i più noti vi sono l'insulina ricombinante e l'ormone della crescita umano. La gran parte dei farmaci biotecnologici di prima generazione ha perso la copertura brevettuale e ciò ha reso possibile l'introduzione sul mercato dei corrispondenti farmaci definiti biosimilari, di norma dal costo più vantaggioso.

La Regione Molise con DCA n. 87 in data 02.12.2020 ha recepito il "Secondo Position Paper" dell'AIFA sui farmaci biosimilari.

La Regione mostra un andamento migliorativo di utilizzo dei farmaci biosimilari, per alcuni principi attivi.

Si riportano di seguito i dati relativi ai principi attivi per i quale si è rilevato un maggior ricorso all'utilizzo del farmaco biosimilare a minor costo terapia.

ENOXAPARINA

La della molecola ENOXAPARINA nel 2022 si riduce mostrando un decremento del 6,00 % rispetto all'anno precedente. La spesa totale dei *biosimilari* aumenta del 6,47%, mentre quella degli *originator* mostra un decremento pari a 23,91%. Stesso andamento si riscontra anche per i consumi in termini di DDD che di numero di pezzi e per il numero di pazienti arruolati : - per gli *originator* si passa dal 51,78 % dei pezzi del 2021 al 31,91% del 2022; per i biosimilari si passa dal 48,22 % dei pezzi del 2021 al 68,09 % del 2022. Anche i pazienti arruolati con *biosimilari* passano da 5.451 del 2021 (53,77%) a 6.733 del 2022 (63,75%).

ENOXAPARINA - (F.te AREAS del 01-03-2023) 2022 vs 2021- (tutti i canali esclusa Farm. Convenzionata) - SPESA					
ATC	Principio Attivo	Gen-Dic 2021 Importo (€) A	Gen-Dic 2022 Importo (€) B	SCOSTAMENTO Importo (€) C = B-A	Spesa Gen-Dic 2021 vs Gen-Dic 2022 (%) D
B01AB05	ENOXAPARINA*	800.210,42	752.209,67	-48.000,75	-6,00%
Originator					
	CLEXANE	328.439,01	249.884,60	-78.554,41	-23,91%
		328.439,01	249.884,60	-78.554,41	-23,91%
Biosimilari					
	INHIXA	471.771,41	502.325,06	30.553,65	6,47%
	GHEMAXAN**	0	29.986,38	29.986,38	NUOVO
	ENOXAPARINA ROVI**	0	20.272,56	20.272,56	NUOVO

**Nel 2021 non erano presenti contratti di acquisto ASReM per GHEMAXAN e ROVI

ENOXAPARINA (F.te FARMASAT del 01-03-2023) 2022 vs 2021 (tutti i canali esclusi Consumi Osp.Interni)- ASSIST. TRATT.										
Tipologia	ANNO 2022					ANNO 2021				
	DDD	Pezzi in Conf.	% Pezzi	Pazienti	% Pazienti	DDD	Pezzi in Conf.	% Pezzi	Pazienti	% Pazienti
TOTALE	549.998	41.522		10.561		568.271	31.751		10.137	
ORIGINATOR		13.249	31,91%	3.828	36,25%		16.442	51,78%	4.686	46,23%
CLEXANE	195.848	13.249		3.828		241.096	16.442		4.686	
BIOSIMILARI		28.273	68,09%	6.733	63,75%		15.309	48,22%	5.451	53,77%
INHIXA	340.618	27.470		6.415		326.129	15.242		5.424	
GHEMAXAN	3.480	169		78		440	20		11	
ENOXAPAR. ROVI	10.052	634		240		606	47		16	

ADALIMUMAB

La spesa totale della molecola *ADALIMUMAB* nel 2022 si riduce mostrando un decremento del 9,09 % rispetto all'anno precedente. Inoltre, la spesa totale dei *biosimilari* aumenta del 104,35%, mentre quella degli *originator* mostra un decremento pari a 43,84 %. Stesso andamento si riscontra per i consumi in termini sia di DDD che di numero di pezzi e di numero di pazienti arruolati : - per gli *originator* si passa dal 63,15 % dei pezzi del 2021 al 33,67 % del 2022 e dal 57,63 % dei pazienti trattati nel 2021 al 28,28 % dei trattati nel 2022; per i *biosimilari* si passa dal 36,85% dei pezzi del 2021 al 66,33 % del 2022 e dal 42,37 % dei pazienti trattati nel 2021 al 67,35 % trattati nel 2022 (*100 pazienti nel 2021 vs 231 pazienti nel 2022*).

ADALIMUMAB - (F.te AREAS del 01-03-2023) - 2022 vs 2021- (tutti i canali esclusa Farm. Convenzionata) - SPESA					
ATC	Principio Attivo	Gen-Dic 2021 Importo (€) A	Gen-Dic 2022 Importo (€) B	SCOSTAMENTO Importo (€) C = B-A	Spesa Gen-Dic 2021 vs Gen-Dic 2022 (%) D
L04AB04	ADALIMUMAB*	707.527,06	643.206,28	-64.320,78	-9,09 %
Originator					
	HUMIRA 40 mg sir/penna	522.720,00	293.535,00	-229.185,00	-43,84 %
Biosimilari					
	AMGEVITA 40 mg sir/penna	15.502,83	27.658,60	12.155,77	78,41 %
	HYRIMOZ 40 mg sir/penna	50.639,69	143.654,27	93.014,58	183,68 %
	IMRALDI 40 mg sir/penna	44.414,53	54.608,40	10.193,87	22,95%

ADALIMUMAB (F.te FARMASTAT del 01-03-2023)2022vs2021(tutti i canali esclusi Consumi Osp.Interni) - ASSISTITI TRATTATI										
Tipologia	ANNO 2022					ANNO 2021				
	DDD	Pezzi in Conf.	% Pezzi	Pazient i	% Pazienti	DDD	Pezzi in Conf.	% Pezzi	Pazient i	% Pazienti
TOTALE	49.082	1.779		328		46.792	1.696		236	
ORIGINATOR		599	33,67 %	97	28,28%		1.071	63,15 %	136	57,63%
HUMIRA 40mg s/p	16.526	599		97		29.548	1.071		136	
BIOSIMILARI		1180	66,33 %	231	67,35%		625	36,85 %	100	42,37%
AMGEVITA 40mg s/p	4.331	157		33		2.648	96		16	
HYRIMOZ 40mg s/p	15.864	575		122		4.993	181		24	
IMRALDI 40mg s/p	12.360	448		76		9.601,	348		60	

Al fine di incentivare l'uso dei farmaci biosimilari che presentano ancora una bassa penetrazione d'uso, la Regione interviene con specifico atto d'indirizzo, finalizzato all'introduzione di una scheda di prescrizione "*Farmaco biologico o biosimilare, a maggior costo terapia*", per disincentivare il comportamento prescrittivo orientato quasi prevalentemente all'utilizzo del farmaco biologico a maggior costo.

9.2.4 Razionalizzazione della spesa per gas medicinale

La Regione Molise, con Decreto del Commissario Ad Acta n. 16 del 30 maggio 2012, ha previsto - nell'ottica del contenimento della spesa farmaceutica convenzionata - l'acquisizione diretta dell'ossigeno liquido ed il connesso servizio di ossigeno terapia domiciliare a lungo termine (O.T.D.), ai sensi della legge n. 405 del 16 novembre 2001, art. 4, comma 3, lett. c).

La spesa farmaceutica acquisti diretti per Gas Medicinali viene definita dall'AIFA tramite il flusso della tracciabilità del farmaco; il relativo tetto di spesa è stabilito nella misura pari a 0,20%, su FSN, ai sensi della legge 30 dicembre 2018, n. 145, recante *"Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021"* che, all'art. 1, comma 575, ha previsto che *"nell'ambito della spesa farmaceutica per acquisti diretti è stabilito un tetto pari allo 0,20 per cento relativo alla spesa per acquisti diretti di gas medicinali (ATC V03AN)"*.

Nella Regione Molise la spesa per l'ossigeno risulta essere elevata, mostrando un costante superamento del tetto stabilito per legge.

Nell'anno 2022 la percentuale si è attestata allo 0,3%, (cfr. Monitoraggio CdA AIFA gennaio – dicembre 2022, tabella 11bis).

Tabella 11 bis Monitoraggio AIFA spesa farmaceutica (gennaio – dicembre 2022)

Regione	A FSN* Gen-Dic 2022	B Tetto 0,20	C Spesa tracciabilità ^m (SOLO classe A e H - Colonne B e C Tab.11)	D Payback ^v	E=C-D Spesa Acquisti diretti [§]	F=E-B Scost. assoluto	G=E/A% Inc %	H=E/Pop pesata 2022 Spesa Pro capite
SICILIA	9.936.709.096	19.873.418	35.109.250	0	35.109.250	15.235.832	0,35	7,5
CALABRIA	3.959.705.460	7.919.411	12.793.180	0	12.793.180	4.873.769	0,32	7,1
MOLISE	633.543.331	1.267.087	1.914.602	0	1.914.602	647.516	0,30	6,3
BASILICATA	1.160.540.681	2.321.081	3.318.389	0	3.318.389	997.308	0,29	6,1
SARDEGNA	3.313.625.289	6.627.251	8.824.625	0	8.824.625	2.197.375	0,27	5,3
ABRUZZO	2.716.426.325	5.432.853	7.101.082	0	7.101.082	1.668.229	0,26	5,5
UMBRIA	1.887.014.848	3.774.030	4.706.239	0	4.706.239	932.209	0,25	5,2
PUGLIA	8.206.647.074	16.413.294	20.044.555	0	20.044.555	3.631.261	0,24	5,2
V. D'AOSTA	259.443.957	518.888	608.731	0	608.731	89.843	0,23	4,8
PIEMONTE	9.158.261.523	18.316.523	21.312.647	0	21.312.647	2.996.124	0,23	4,8
CAMPANIA	11.506.836.939	23.013.674	22.466.313	0	22.466.313	-547.361	0,20	4,3
E. ROMAGNA	9.469.298.070	18.938.596	17.341.971	0	17.341.971	-1.596.625	0,18	3,9
LAZIO	11.967.994.385	23.935.989	20.457.842	0	20.457.842	-3.478.147	0,17	3,6
LOMBARDIA	20.894.207.980	41.788.416	32.074.911	0	32.074.911	-9.713.505	0,15	3,3
TOSCANA	7.937.418.243	15.874.836	10.732.537	0	10.732.537	-5.142.300	0,14	2,8
MARCHE	3.186.468.253	6.372.937	4.301.207	0	4.301.207	-2.071.729	0,13	2,8
FRIULI V.G.	2.521.756.078	5.043.512	3.079.454	0	3.079.454	-1.964.058	0,12	2,4
P.A. BOLZANO	1.078.282.155	2.156.564	1.199.732	0	1.199.732	-956.832	0,11	2,4
LIGURIA	3.416.803.021	6.833.606	3.571.044	0	3.571.044	-3.262.562	0,10	2,2
VENETO	10.294.556.007	20.589.112	8.866.232	0	8.866.232	-11.722.880	0,09	1,8
P.A. TRENTO	1.108.254.370	2.216.509	489.162	0	489.162	-1.727.347	0,04	0,9
ITALIA	124.613.793.082	249.227.586	240.313.705	0	240.313.705	-8.913.881	0,19	4,1

In rosso le Regioni che non rispettano il tetto di spesa.

* Fsn 2022 definitivo comunicato dal Ministero della Salute il 16/05/2023

m la spesa ed è calcolata sulla base del dato di Tracciabilità trasmesso dalle Aziende Farmaceutiche in ottemperanza del DM 15 luglio 2004 del Ministero della Salute.

Payback a carico delle Aziende Farmaceutiche

La Regione intende attivare dei sistemi di monitoraggio dell'utilizzo dell'ossigeno liquido per ogni reparto ospedaliero, al fine individuare le criticità connesse al maggior consumo/costo di ossigeno. Inoltre, si intende efficientare le procedure d'acquisto attraverso gare ASReM ovvero attraverso l'aggregazione ad altre Regioni.

9.2.5 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 9.2.1 Allineamento della spesa farmaceutica per acquisti diretti alla media nazionale.

Azione 9.2.1.1 Monitoraggio del sistema di distribuzione diretta, mediante le farmacie del territorio (Distribuzione in nome e per conto del SSN – DPC)

Indicatore 9.2.1.1 Report

Azione 9.2.1.2 Audit con i clinici nelle specifiche aree oggetto di attenzione

Indicatore 9.2.1.2 Report-Riduzione della spesa pro capite DPC

Obiettivo 9.2.2 Razionalizzazione della spesa extra-tariffa per la somministrazione dei farmaci OCREVUS, TISABRY e LEMTRADA ai pazienti extraregionali

Azione 9.2.2.1 Revisione del DCA n. 5/2023

Indicatore 9.2.2.1 DCA

Obiettivo 9.2.2 Razionalizzazione della spesa extra-tariffa per la somministrazione dei farmaci OCREVUS, TISABRY e LEMTRADA ai pazienti extraregionali

Azione 9.2.2.1 Revisione del DCA n. 5/2023

Indicatore 9.2.2.1 DCA

Obiettivo 9.2.3 Centralizzazione degli acquisti

Azione 9.2.3.1 Redazione/aggiornamento da parte dell'ASReM del "fabbisogno farmaci annuale con proiezione biennale", con previsione nel biennio della copertura dell'intero fabbisogno farmaci

Indicatore 9.2.3.1 Redazione fabbisogno completo biennale

Azione 9.2.3.2 Adesione a procedure di gara dei centri aggregatori regionali

Indicatore 9.2.3.2 Relazione

Azione 9.2.3.3 Monitoraggio delle gare di acquisto

Indicatore 9.2.3.3 Report

Obiettivo 9.2.4 Potenziamento del farmaco "biosimilare"

Azione 9.2.4.1 Introduzione di una scheda di prescrizione "Farmaco biologico o biosimilare, a maggior costo terapia"

Indicatore 9.2.4.1 DCA

Azione 9.2.4.2 Monitoraggio penetrazione del biosimilare nella pratica clinica

Indicatore 9.2.4.2 Report

Obiettivo 9.2.5 Razionalizzazione della spesa per farmaco "biosimilare"

Azione 9.2.5.1 Acquisto dei biosimilari/originator ad un costo minore tramite gare centralizzate

Indicatore 9.2.5.1 Report

Obiettivo 9.2.6 Razionalizzazione della spesa per gas medicale

Azione 9.2.6.1 attivazione di sistemi/dispositivi di monitoraggio dell'utilizzo dell'ossigeno liquido per singolo presidio e reparto ospedaliero

Indicatore 9.2.6.1 Report

Azione 9.2.6.2 Acquisto mediante procedure di gara ASReM o adesione ai centri aggregatori regionali

Indicatore 9.2.6.2 Report

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
9.2.1 Allineamento della spesa farmaceutica per acquisti diretti alla media nazionale.	9.2.1.1 Monitoraggio del sistema di distribuzione diretta, mediante le farmacie del territorio (Distribuzione in nome e per conto del SSN – DPC)	31/12/2024	Report	Riduzione spesa pro capite del 20% e confronto con la media nazionale		
		31/12/2025	Report	Allineamento spesa pro-capite alla media nazionale		
	9.2.1.1 Audit con i clinici nelle specifiche aree oggetto di attenzione	30/06/2024	Report	Numero di audit		
9.2.2 Razionalizzazione della spesa extra-tariffa per la somministrazione dei farmaci OCREVUS, TISABRY e LEMTRADA ai pazienti extraregionali	9.2.2.1 Revisione del DCA n. 5/2023	30/09/2024	DCA	Si/no		
9.2.3 Centralizzazione degli acquisti	9.2.3.1 Redazione/aggiornamento da parte dell'ASReM del "fabbisogno farmaci annuale con proiezione biennale", con previsione nel biennio della copertura dell'intero fabbisogno farmaci	31/12/2023 31/12/2025	Redazione fabbisogno completo biennale	Si/no		
		31/12/2024	Relazione	(copertura a mezzo gare dell'80% del fabbisogno ASREM)		
	9.2.3.2 Adesione a procedure di gara dei centri aggregatori regionali	31/12/2025	Report	(copertura a mezzo gare del 100% del fabbisogno ASREM)		
9.2.4 Potenziamento del farmaco "biosimilare"	9.2.4.1 Introduzione di una scheda di prescrizione "Farmaco biologico o biosimilare, a maggior costo terapia"	31/03/2024	DCA	Si/no		

	9.2.4.2 Monitoraggio penetrazione del biosimilare nella pratica clinica	30/09/2024	Report	Si/no		
9.2.5 Razionalizzazione della spesa per il farmaco "biosimilare"	9.2.5.1 Acquisto dei biosimilari/originator ad un costo minore tramite gare centralizzate	31/12/2024	Report	Percentuale di farmaci acquistati con gara centralizzata pari 80%		
9.2.6 Razionalizzazione della spesa per gas medicale	9.2.6.1 attivazione di sistemi/dispositivi di monitoraggio dell'utilizzo dell'ossigeno liquido per singolo presidio e reparto ospedaliero	31/12/2024	Report	si/no		
	9.2.6.2 Acquisto mediante procedure di gara ASReM o adesione ai centri aggregatori regionali	31/12/2024	Report	si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute Servizio Programmazione e Assistenza Farmaceutica DG ASReM UOC – Governance del Farmaco ASReM						

9.3 Governo della spesa dei dispositivi medici e dell'appropriatezza d'uso

La realtà dei dispositivi medici comprende numerosissime tipologie di prodotti con le più svariate applicazioni cliniche e con diversificati livelli di criticità; detti dispositivi sono prodotti e tecnologie utilizzati nelle strutture sanitarie per la diagnosi e l'assistenza (siringhe, cateteri, protesi impiantabili, ferri chirurgici, strumentazioni per radiologia, ecografia).

Il decreto Legge n. 78 del 2015, successivamente convertito nella Legge n. 125 del 2015 stabilisce che:

- entro il 15 settembre 2015 e, successivamente, con cadenza biennale, deve essere fissato il tetto di spesa regionale per l'acquisto dei dispositivi medici, coerentemente con composizione pubblico- privato dell'offerta, con Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, fermo restando il tetto di spesa nazionale del 4,4% sul fondo sanitario nazionale
- Il superamento del tetto di spesa a livello nazionale e regionale dovrà essere rilevato sulla base del fatturato di ciascuna Azienda al lordo dell'IVA, e dovrà essere dichiarato con Decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero della Economia e delle finanze entro il 30 settembre di ogni anno.
- L'eventuale superamento del tetto di spesa regionale, come certificato dal decreto ministeriale, è posto a carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici, per una quota complessiva pari al 40% per l'anno 2015, 45% nell'anno 2016 e 50% a decorrere dall'anno 2017.
- Ciascuna azienda fornitrice concorre alle predette quote di ripiano in misura pari all'incidenza percentuale del proprio fatturato sul totale della spesa per l'acquisto di dispositivi medici a carico del Servizio Sanitario Regionale.
- Le modalità procedurali del ripiano sono definite su proposta del Ministro della Salute, con apposito accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome.

Successivamente, il comma 557 della Legge n. 145 del 30 dicembre 2018 ha specificato che *"a decorrere dal 2019 e per gli anni successivi la spesa dei dispositivi medici verrà rilevata sulla base dei dati risultanti dalla fatturazione elettronica, relativi all'anno solare di riferimento"*.

Specifica, altresì, che nell'esecuzione dei contratti, anche in essere, è fatto obbligo di indicare nella fatturazione elettronica in modo separato il costo del bene e il costo del servizio.

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome:

- con atto 181/CSR ha sancito accordo sui criteri di individuazione dei tetti di spesa regionale per gli anni 2015,2016,2017 e 2018, fissando i tetti di spesa regionali nella misura del 4,4 % dei Fabbisogni sanitari

- regionali;
- con atto 182/CSR ha sancito, nelle more della stipula del Patto della Salute 2019-2021, l'accordo sul criterio di individuazione dei tetti di spesa regionale per l'anno 2019, sempre al 4,4% dei Fabbisogni sanitari regionali, individuando per ogni Regione l'ammontare del rispettivo tetto di spesa per l'anno 2019 e stabilendo che, ai fini del calcolo del tetto, verrà utilizzato il fatturato sulla base dei dati risultanti dalla fatturazione elettronica.

Entrambi gli Accordi hanno demandato a successivo decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la dichiarazione dell'eventuale sfioramento del tetto di spesa a livello nazionale e regionale e a successivo accordo con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, le modalità procedurali del ripiano.

Il Ministero della Salute pubblica sul proprio sito, annualmente, la spesa dei dispositivi medici, utilizzando come dato il flusso dei dispositivi medici.

Inoltre, al fine di effettuare una prima stima della spesa sono state utilizzate le informazioni reperibili dalle Relazioni annuali della Corte dei conti, che dedicano un paragrafo alla spesa dei dispositivi medici

Nel 2022, la spesa per dispositivi medici in Molise è stata pari a € 34.812.201,83, (fonte CE Consuntivo 2022) con un'incidenza sul Fondo Sanitario Regionale (€ 633.543.331, fonte Monitoraggio AIFA gennaio-dicembre 2022, FSR definitivo come comunicato dal Ministero della Salute in data 16.05.2023), pari al 5,49%.

Ai fini del rispetto del tetto di spesa definito dalla citata normativa statale concorrono sia la corretta individuazione – da parte degli operatori sanitari coinvolti – delle specifiche tecniche che determinano la scelta e l'acquisto delle varie categorie di dispositivi medici, sia la riduzione del costo di acquisto dei dispositivi medici.

9.3.1 Istituzione della Commissione tecnica regionale sui dispositivi medici

La presente azione prevede l'istituzione della Commissione regionale sui dispositivi medici con il compito di sviluppare la vigilanza sui dispositivi utilizzati nelle strutture sanitarie e condurre approfondimenti a carattere tecnico che consentano di valutare il rapporto efficacia/costi di specifici prodotti e tecnologie.

La Commissione Tecnica Regionale dei Dispositivi Medici avrà il compito di:

- redigere linee di indirizzo riferite a dispositivi medici (DM), dispositivi medici impiantabili attivi (AIMD) e dispositivi diagnostici in vitro (IVD), nonché a procedure che ne prevedano l'uso, ivi incluse quelle propedeutiche e/o correlate a procedure di gara regionali inerenti alla materia;
- monitorare la corretta applicazione delle linee d'indirizzo di cui al punto precedente;
- esprimere pareri o raccomandazioni sui DM e IVD di rilevante impatto clinico, organizzativo ed economico a livello regionale, utilizzando la metodologia HTA;
- monitorare i consumi e la spesa dei DM e IVD e, in funzione delle priorità regionali, effettuare valutazioni per l'uso appropriato e razionale delle risorse;
- proporre iniziative per migliorare il governo della spesa dei DM e IVD, alla luce del rispetto dei tetti nazionali, sempre più stringenti;
- promuovere azioni migliorative sull'uso sicuro dei DM e IVD, attraverso l'analisi ed il monitoraggio delle segnalazioni inerenti alla vigilanza, in raccordo con il Centro Regionale di Farmaco vigilanza e di Dispositivo vigilanza (CRFV).

9.3.2 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 9.3.1 Riconduzione della spesa per l'acquisto dei dispositivi medici ai valori soglia stabiliti dalla normativa statale

Azione 9.3.1.1 Istituzione della Commissione tecnica regionale sui dispositivi medici

Indicatore 9.3.1.1 DCA

Azione 9.3.1.2 Monitoraggio della spesa per l'acquisto dei dispositivi medici

Indicatore 9.3.1.2 Report semestrale

Azione 9.3.1.3 Definizione di capitolati di gara per l'acquisto di dispositivi medici

Indicatore 9.3.1.3 Report

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
9.3.1 Riconduzione della spesa per l'acquisto dei dispositivi medici ai valori soglia stabiliti dalla normativa statale	9.3.1.1 Istituzione della Commissione tecnica regionale sui dispositivi medici	30/06/2024	DCA	Si/no		
	9.3.1.2 Monitoraggio della spesa per l'acquisto dei dispositivi medici	30/06/2024	Report semestrale	Riduzione del 30% dello scostamento rilevato nell'anno 2023		
	9.3.1.3 Definizione di capitolati di gara per l'acquisto di dispositivi medici	31/12/2024	Report	Riduzione dei contratti in proroga del 50%		
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute Servizio Programmazione e Assistenza Farmaceutica UOC – Governance del Farmaco ASReM						

10 Governance del Personale

Nel triennio di programmazione 2023-2025, in coerenza con gli indirizzi della programmazione sanitaria, le politiche in tema di personale saranno orientate al recupero del ruolo centrale e fondamentale svolto dalle risorse umane nella gestione del SSR, pur continuando a perseguire gli obiettivi di efficienza organizzativa e sostenibilità economica, attraverso la puntuale individuazione dei fabbisogni collegati alle dinamiche dei tre livelli di assistenza (prevenzione, ospedaliera, distrettuale), a quelle gestionali ed amministrative. Obiettivo necessario e irrinunciabile della programmazione sarà quello di tornare ad investire in modo mirato e qualificato sul capitale umano, passando da una logica basata sulla mera amministrazione del personale a un sistema che metta in primo piano lo sviluppo del potenziale del personale attraverso una attenta valutazione dell'effettivo fabbisogno, una approfondita analisi del livello di competenze, conoscenze e attitudini possedute e di quelle considerate necessarie. Le misure programmate saranno, pertanto, finalizzate ad evitare un ulteriore impoverimento delle risorse umane del SSR e a supportare le conseguenti manovre collegate alla innegabile necessità di superare tutte le criticità strumentalmente presenti nel contesto regionale quali la carenza di personale e le problematiche connesse al processo di reclutamento.

Con riferimento all'annosa questione della carenza di organico, fortemente influenzata dal blocco del turnover, a cui la regione è stata sottoposta per lunga parte dei Piani, e dal marcato invecchiamento dell'organico aziendale, la Regione è intervenuta già nella scorsa programmazione prevedendo, tra le varie misure, l'avvio di procedure concorsuali predisposte sulla base del piano assunzionale e del reale fabbisogno aziendale.

A tale riguardo, tenuto conto dalla normativa di settore⁶, richiamata la coerenza attesa tra programmazione assunzionale e piani triennali di fabbisogno del personale (PTFP), occorre precisare che alla predisposizione del Piano triennale del fabbisogno del personale 2021-2023, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale ASREM n. 1087 del 17 settembre 2021, non ha fatto seguito la sua adozione da parte della Struttura Commissariale, in quanto si è ritenuto necessario rendere tale atto di programmazione coerente con la cornice economico-finanziaria del presente Programma Operativo. Tuttavia, al fine di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, la Struttura Commissariale, su richiesta di ASReM, ha rilasciato singole autorizzazioni ad assumere personale medico, personale infermieristico e operatore socio-sanitario, personale amministrativo e tecnico, Dirigenza PTA (nota prot. reg. n. 207997 del 24.12.2021), sulla base delle esigenze di carattere prioritario rilevate dall'Azienda.

Con riferimento alle procedure concorsuali sinora attivate dall'ASReM sono emerse ulteriori criticità tali da compromettere il completamento dell'iter assunzionale, ossia: molte delle procedure attivate hanno avuto esito negativo in quanto andate deserte; parte del personale sanitario reclutato ha presentato istanza di trasferimento presso strutture sanitarie di altre Regioni.

Le peculiarità e criticità del contesto rendono necessaria una rimodulazione di alcune azioni previste nel precedente Programma Operativo.

In merito alle risultanze connesse alle verifiche sugli Adempimenti Lea 2019, si rileva come la Regione sia adempiente rispetto al punto V "Piano Nazionale aggiornamento del personale sanitario" ed abbia superato la criticità relativa alla qualità del flusso informativo Tabella 1C.BIS - Personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private accreditate e non accreditate (D.M. 29.01.2013 e Circolare del Conto Annuale), di cui al punto C "Obblighi

⁶ Si rinvia al Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica 8 maggio 2018, di approvazione delle "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani di fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche, congiuntamente alle disposizioni che si sono susseguite nella fase di emergenza sanitaria (cfr: Decreto-legge 9 marzo 2020, n.14, recante: "Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19", convertito con modificazioni con Legge 24 aprile 2020, n. 27 : "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18" e successivo Decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, recante: "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", convertito con modificazioni dalla Legge 24 aprile 2020, n. 27, che ha previsto, al Titolo I, Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale).

Informativi", come emerso dal verbale del Tavolo di Verifica del 29.12.2020.

10.1 Piani triennali di fabbisogno

Per superare tutte le criticità emerse nel rispetto dei vincoli imposti dal Piano di rientro, è necessario ricostruire la *policy* di gestione del personale, iniziando, in coerenza e in attuazione della legislazione nazionale, dall'analisi del fabbisogno basata non più su una mera riproduzione del dato storico ma sull'analisi del ruolo, delle funzioni, delle attività proprie dell'Azienda sanitaria regionale unica sul territorio molisano.

Tale *policy* si baserà quindi, da un lato, su una attenta analisi delle specificità aziendali, dall'altro lato, al fine di garantire la necessaria uniformità al sistema e mantenere ferma l'attività di controllo, vigilanza, indirizzo propria della Regione, sarà effettuata anche tramite azioni di centralizzazione e di regolamentazione a livello regionale.

La nuova governance perseguirà l'obiettivo di definire una programmazione puntuale delle assunzioni per il triennio 2023-2025, tenuto conto della normativa nazionale, sulla base del reale fabbisogno aziendale.

Con riferimento all'entità della spesa per il personale programmata, preliminarmente se ne definisce il contesto normativo vigente.

L'articolo 11 del decreto legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, ha introdotto, a decorrere dal 2019, rispetto a quanto stabilito dall'articolo 2, commi 71, 72 e 73 della L. 191/2009 e s.m.e i., nuove regole in materia di spesa per il personale per gli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni a statuto ordinario e delle regioni a statuto speciale che non provvedono integralmente al proprio fabbisogno sanitario, finalizzate a modificare il valore di riferimento su cui parametrare la spesa per il personale salvaguardando l'equilibrio economico finanziario e nel rispetto degli adempimenti relativi all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Il comma 1 della disposizione in esame, modificato, da ultimo, dall'art. 1, comma 269, della L. 30 dicembre 2021, n. 234 (legge di bilancio 2022), recita:

"A decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e ferma restando la compatibilità finanziaria, sulla base degli indirizzi regionali e in coerenza con i piani triennali dei fabbisogni di personale, non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, o, se superiore, il valore della spesa prevista dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. I predetti valori sono incrementati annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 10 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente. Nel triennio 2019-2021 la predetta percentuale è pari al 10 per cento per ciascun anno. Qualora nella singola Regione emergano, sulla base della metodologia di cui al sesto periodo, obiettivi ulteriori fabbisogni di personale rispetto alle facoltà assunzionali consentite dal presente articolo, valutati congiuntamente dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti e dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, può essere concessa alla medesima Regione un'ulteriore variazione del 5 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'anno precedente, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale. Tale importo include le risorse per il trattamento accessorio del personale, il cui limite, definito dall'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, è adeguato, in aumento o in diminuzione, per garantire l'invarianza del valore medio pro-capite, riferito all'anno 2018, prendendo a riferimento come base di calcolo il personale in servizio al 31 dicembre 2018. Dall'anno 2022 l'incremento di cui al quarto periodo è subordinato all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, nel rispetto del valore complessivo della spesa di personale del Servizio sanitario nazionale determinata ai sensi dei precedenti periodi, adotta con decreto la suddetta metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, in coerenza con quanto

stabilito dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, e dall'articolo 1, comma 516, lettera c), della legge 30 dicembre 2018, n. 145, e con gli standard organizzativi, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale, anche ai fini di una graduale revisione della disciplina delle assunzioni di cui al presente articolo. Le regioni, sulla base della predetta metodologia, predispongono il piano dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale, che sono valutati e approvati dal tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12, comma 1, dell'intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, congiuntamente al Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 9, comma 1, della medesima intesa, anche al fine di salvaguardare l'invarianza della spesa complessiva".

Pertanto, ai sensi dell'articolo 11 del D.L. 35/2019:

-il vincolo di spesa è quello dato dalla spesa relativa all'anno 2018 o, se superiore, da quello della spesa per il personale del 2004, ridotta dell'1,4%;

-i fondi contrattuali possono essere adeguati al fine di mantenere costante il valore pro capite del trattamento economico accessorio riferito all'anno 2018;

-il nuovo limite di spesa è incrementato nella misura del 10% della variazione del fondo sanitario regionale rispetto all'anno precedente;

-il predetto limite può essere incrementato di un ulteriore 5% al termine dell'espletamento con esito positivo della procedura di cui all'articolo 11, comma 1, sesto periodo, del D.L. 35/2019.

Con particolare riferimento all'incremento delle risorse del trattamento accessorio del personale il cui limite è definito dall'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, con nota n. 179877 del 1° settembre 2020 il Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ragioneria Generale dello Stato, in risposta a una richiesta di parere della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, ha fornito chiarimenti di ordine interpretativo e applicativo della predetta disposizione legislativa.

Con documento 20/186/CR4ter/C7 "Indicazioni applicative per l'incremento dei fondi per il trattamento accessorio del personale delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale in relazione al disposto dell'art. 11, c. 1 del D.L. n. 35/2019", approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome in data 22 ottobre 2020, sono state definite indicazioni operative rispetto all'aumento dei fondi contrattuali.

Saranno forniti indirizzi all'ASREM di provvedere all'adeguamento dei fondi del trattamento accessorio del personale dipendente secondo quanto previsto dall'articolo 11, comma 1, del D.L. 35/2019 e in conformità alle indicazioni in materia contenute nei documenti sopra richiamati.

10.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 10.1.1 Adozione del Piano Triennale del Fabbisogno ASReM

Azione 10.1.1.1 Adozione del Piano Triennale del Fabbisogno ASReM 2021-2023 e 2022-2024

Indicatore 10.1.1.1 DCA di adozione

Azione 10.1.1.2 Adozione del Piano Triennale del Fabbisogno ASReM 2024-2026

Indicatore 10.1.1.2 DCA di adozione

Obiettivo 10.1.2 Monitoraggio sull'utilizzo dei fondi del trattamento accessorio

Azione 10.1.2.1 Monitoraggio sull'utilizzo dei fondi del trattamento accessorio del personale dipendente, secondo quanto previsto dall'articolo 11, comma 1, del D.L. 35/2019

Indicatore 10.1.2.1 Relazione annuale

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
10.1.1 Adozione del Piano Triennale del Fabbisogno ASReM	10.1.1.1 Adozione del Piano Triennale del Fabbisogno ASReM 2021-2023 e 2022-2024	31/12/2023	DCA di adozione	Si/No		
	10.1.1.2 Adozione del Piano Triennale del Fabbisogno ASReM 2024-2026	31/12/2024	DCA di adozione			
10.1.2 Monitoraggio sull'utilizzo dei fondi del trattamento accessorio	10.1.2.1 Monitoraggio sull'utilizzo dei fondi del trattamento accessorio del personale dipendente, secondo quanto previsto dall'articolo 11, comma 1, del D.L 35/2019	31/12/2024	Relazione annuale	Si/No		
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute Servizio Risorse Umane del SSR, Formazione, ECM						
Direzione Generale A.S.Re.M. UOC Risorse Umane ASREM						

10.2 Procedure assunzionali e gestione del turn over

Rilevato come la carenza di personale e le criticità nel reclutamento risultino strutturalmente presenti nel contesto regionale, la nuova *governance* avrà come obiettivo la rimodulazione del processo assunzionale, mediante una revisione ed aggiornamento della precedente programmazione e l'adozione di un nuovo piano assunzionale per il triennio 2023-2025 in linea con il piano relativo al triennio precedente e mediante un monitoraggio continuo dei processi aziendali.

Nello specifico, tra gli interventi promossi si rileva la riduzione del ricorso ai contratti di lavoro a tempo determinato, da ricondurre esclusivamente nel proprio alveo normativo, finalizzato a soddisfare esigenze temporali ed eccezionali, limitate ed urgenti, in funzione di prevedibili picchi di attività, di cui all'art. 36 del d.lgs. 165/2001, generando nuovi stimoli nel personale neoassunto a vantaggio di un miglioramento nell'assistenza al paziente.

Una programmazione puntuale delle assunzioni risulta essere elemento imprescindibile per il mantenimento del sistema, anche conseguentemente alle carenze derivanti dal sempre più crescente numero di cessazioni incrementato a seguito dell'introduzione delle nuove disposizioni pensionistiche nazionali.

La Regione ha già posto in essere negli anni precedenti i percorsi volti alla stabilizzazione del personale ai sensi dell'art. 20 d.lgs. n. 75/2017.

La fuoriuscita di professionalità dal Sistema Sanitario Pubblico, che sempre più di frequente trova una ricollocazione nelle strutture private, rappresenta un ulteriore aspetto di criticità di cui tenere conto nella nuova programmazione.

Tali carenze possono essere soddisfatte unicamente attraverso procedure concorsuali celeri e nel rispetto dei principi costituzionali di imparzialità, selettività, trasparenza, pubblicità e attraverso l'utilizzo dei nuovi istituti introdotti nell'ordinamento, quali il coinvolgimento dei medici specializzandi, secondo le disposizioni previste dalla normativa nazionale; procedure che la regione intende predisporre nel triennio in programmazione.

Il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale dell'ASReM per il triennio 2021-2023 è stato elaborato in conformità alla normativa vigente e alle linee guida ministeriali. La pianificazione del reclutamento del personale è stata effettuata tenendo conto dei seguenti fattori:

- Dotazione organica dell'azienda

- Capacità assunzionale calcolata sui vigenti vincoli di spesa
- Stima dei trend delle cessazioni

Le analisi effettuate hanno portato alla determinazione di un fabbisogno complessivo di 912 unità tra il 2021 e il 2023. La copertura finanziaria del fabbisogno è prevista mediante l'utilizzo delle risorse disponibili a seguito del rispetto dei vincoli di spesa per il personale.

Si riporta di seguito il dettaglio delle assunzioni pianificate per il triennio 2023-2025 per comparto e per profilo professionale e lo stato delle assunzioni alla data del 31/08/2023

PROFESSIONE	N. UNITA' DA RECLUTARE ANNO 2022	N. UNITA' DA RECLUTARE ANNO 2023	N. UNITA' ASSUNTE AL 31/08/2023	N. UNITA' DA ASSUMERE
Operatore Socio Sanitario	200	70	201	270
Dir Medico	224	39	88	263
Infermiere	110	95	142	205
Ausiliario specializzato		54	0	54
Collaboratore amministrativo		45	7	45
Dir Veterinario	26		13	26
Assistente amministrativo		25	7	25
Dir Psicologo	20		0	20
Tecnico san di laboratorio biomedico	18		0	18
Assistente sociale	15		0	15
Operatore tecnico CED BS	9	6	0	15
Ostetrica	10	4	0	14
Tecnico san di radiologia medica	14		0	14
Operatore tecnico specializzato autista ambulanza BS	8	5	0	13
Assistente Tecnico	10		0	10
Tecnico delle prevenzione	6	4	0	10
Dir Amministrativo	8		0	8
Tecnico san riabilitazione psichiatrica	8		0	8
Dir Biologo	7		0	7
Dir Farmacista	5		0	5
Logopedista	5		0	5
Collaboratore Professionale profilo avvocato	2	2	2	4
Fisioterapista	4		0	4
Operatore tecnico centralinista B	4		0	4
Ortottista	2	2	0	4
Tecnico Neuropsicomotricista	3		0	3
Audiometrista		2	0	2
Collaboratore tecnico professionale	2		2	2
Collaboratore tecnico professionale (Ingegnere gest cat. D)	2		1	2
Dietista	2		0	2
Dir Ingegnere Gestionale	2		0	2
Dir Sociologo		2	0	2
Dir Informatico/Analista	2		2	2
Dirigente servizio infermieristico ed ostetrico	2		0	2
Tecnico Neurofisiopatologia	2		0	2
Collaboratore professionale (Ingegnere biomedico)	1		1	1
Collaboratore tecnico professionale (Ingegnere meccanico)		1	0	1
Dir Ingegnere	1		1	1
Collaboratore professionale (Ingegnere gestionale)	0		0	0
Grand Total	734	356	467	1090

10.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 10.2.1 Completamento dell'iter delle procedure assunzionali in linea con il Piano Assunzionale 2023-2025

Azione 10.2.1.1 Monitoraggio dello stato di avanzamento delle procedure concorsuali *in itinere*

Indicatore 10.2.1.1 Report semestrale

Azione 10.2.1.2 Conclusione delle procedure concorsuali in base al piano assunzionale

Indicatore 10.2.1.2 Relazione tecnica

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
10.2.1 Completamento dell'iter delle procedure assunzionali in linea con il Piano Assunzionale 2023-2025	10.2.1.1 Monitoraggio dello stato di avanzamento delle procedure concorsuali in itinere	30/06/2024	Report semestrale	Si/No	20.314.147€	
	10.2.1.2 Conclusione delle procedure concorsuali in base al piano assunzionale	30/09/2025	Relazione tecnica	Si/No		
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute Servizio Risorse Umane del SSR, Formazione, ECM						
Direzione Generale A.S.Re.M. UOC Risorse Umane ASREM						

10.3 Fabbisogni formativi professioni mediche e sanitarie

Ulteriore aspetto che si ritiene di dover affrontare è quello legato alla definizione di fabbisogni formativi, con particolare riferimento al personale per le aree manageriali, prevedendo attività di formazione ad hoc per tali figure, da considerare nella sede del più ampio processo finalizzato alla valorizzazione delle *performances* del personale, mediante la previsione, con particolare riguardo al comparto ed al *middle management* di meccanismi incentivanti.

Il processo di definizione del fabbisogno di professionisti sanitari in Italia è regolamentato da dall'articolo 6-ter del D.lgs. 502 del 1992 che ne definisce:

- la scadenza e la frequenza della rilevazione del fabbisogno di professionisti presso le Regioni (entro il 30 aprile di ogni anno);
- gli attori coinvolti (Ministero della Salute, MIUR, Regioni e Province Autonome, Federazioni degli ordini e Collegi professionali o Associazione maggiormente rappresentative delle professioni sanitarie);
- le variabili delle quali occorre tener conto (livelli essenziali di assistenza ed obiettivi indicati dal Piano sanitario nazionale e da quelli regionali; modelli organizzativi dei servizi; offerta di lavoro e domanda di lavoro, considerando il personale in corso di formazione e il personale già formato, non ancora immesso nell'attività lavorativa, tenuto).

Ai fini della rilevazione è stato sviluppato un modello teorico di riferimento per determinare il fabbisogno formativo di professionisti sulla base di alcuni parametri e variabili che mettono in relazione la domanda e l'offerta di personale sanitario da cui il fabbisogno stesso deve discendere.

Nelle tabelle che seguono si riporta il fabbisogno formativo di professionisti sanitari nella Regione Molise per le annualità 2022/2023

Professioni con laurea triennale	Numero unità richieste
Assistente Sanitario	2
Dietista	0
Educatore Professionale	1
Fisioterapista	15
Igienista Dentale	3
Infermiere	150
Infermiere pediatrico	5
Logopedista	15
Ortottista - Assistente di Oftalmologia	3
Ostetrica /o	3
Podologo	1
Tecnico Audiometrista	3
Tecnico Audioprotesista	2
Tecnico della Fisiopatologia Cardiocirc.e perf. vascol.	3
Tecnico della Prevenzione Ambiente e Luoghi di Lavoro	23
Tecnico di Neurofisiopatologia	1
Tecnico Ortopedico	2
Tecnico Riabilitazione Psichiatrica	10
Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	35
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	15
Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva	2

Professioni con laurea triennale	Numero unità richieste
Terapista Occupazionale	3

Professioni con laurea quinquennale	Numero unità richieste
Veterinario	30
Farmacista	1
Biologo	20
Chimico	1
Fisico	1
Psicologo	5

Professioni con laurea sessennale	Numero unità richieste
Medico chirurgo	350
Odontoiatra	20

In ambito formativo ulteriori interventi sono previsti con specifico riferimento a quanto delineato nel PNRR.

Preliminarmente, il PNRR è un programma performance based ed è pertanto incentrato su milestone e target (M&T) che descrivono in maniera granulare l'avanzamento e i risultati delle misure del PNRR, dove le milestone definiscono le fasi rilevanti di natura amministrativa e procedurale mentre i target rappresentano i risultati attesi dagli interventi, quantificati in base a indicatori misurabili.

Con Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, è stato approvato lo schema di decreto delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i Progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano per gli investimenti complementari,

Con DCA n. 9 del 24-02-2022 recante "Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6- Salute Componente M6C1 - Reti di Prossimità, Strutture e Telemedicina per l'Assistenza Sanitaria Territoriale. Investimenti 1.1- 1.2.2- 1.3. Piano degli interventi relativo alla linea di Investimento PNRR" M6C1 - Reti di Prossimità, Strutture e Telemedicina per l'Assistenza sanitaria Territoriale" – Provvedimenti", sono state previste specifiche risorse finanziarie destinate a realizzare specifici percorsi formativi sul tema delle Infezioni ospedaliere per €482.745,28 da destinare all'aggiornamento degli operatori sanitari coinvolti.

Inoltre, con il Decreto del Ministero della Salute del 2 novembre 2021 sono state assegnate alle Regioni le risorse finanziarie per la realizzazione dell'intervento previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e resilienza (PNRR), Missione M6, Componente C2, Investimento 2.2: "Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario" – Subinvestimento 2.2 (a). Sub-misura: "Borse aggiuntive in formazione di medicina generale", per il ciclo del triennio 2021-2023.

Alla Regione Molise sono state assegnate risorse pari a euro 188.838,90 che hanno permesso di finanziare ulteriori 5 borse di studio che si sono aggiunte alle 12 borse di studio già finanziate con le risorse del Fondo Sanitario Nazionale ai fini della frequenza del Corso Triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale 2021-2024 di cui al D. Lgs. 368/1999 e s.m.i. da parte di laureati in medicina e chirurgia.

Inoltre con la DGR n. 53 del 9 marzo 2022 la Giunta regionale ha approvato il progetto, presentato dalla Direzione Generale per la Salute all'Agenzia per la Coesione Territoriale e l'Autorità di Gestione del Pon Governance e Capacità Istituzionale 2014-2020, denominato "Pon Governance e Capacità Istituzionale 2014-2020, Progetto "Interventi per il rafforzamento delle strutture sanitarie nella lotta alla pandemia da Covid 19 nelle regioni del mezzogiorno", facente parte dell'Asse 5 - obiettivo specifico 5.1 azione 5.1.1. Il soggetto attuatore è stato individuato nell' A.S.Re.M. e la scadenza è fissata per il 31/12/2023. Il progetto presentato è stato finanziato per 7.753.131,60 euro, ed è finalizzato a migliorare le prestazioni del SSR per la promozione della salute a livello territoriale, oltre che a favorire interventi di rafforzamento organizzativo delle strutture sanitarie pubbliche attraverso messa a disposizione e/o assunzioni di personale sanitario.

Con DCA n. 21 del 14/09/2023 è stato adottato Piano triennale dei fabbisogni del personale dell'azienda sanitaria regionale per il Molise. Triennio 2021/2023 e triennio 2022/2024".

Con Delibera n. 496 del 31/07/2023 l'ASReM ha adottato il "Piano della Performance" relativo all'anno 2023.

A fronte della rimodulazione degli obiettivi del PNRR, Missione 6, a livello nazionale, e quindi la ridefinizione degli obiettivi a livello dei territori del Molise la Struttura Commissariale intende allineare gli obiettivi formativi per i suoi operatori sanitari, socio sanitari e sociali e per i suoi middle manager alla rimodulazione delle competenze tecniche, professionali e relazionali utili a garantire la gestione ottimale delle Case di Comunità, Ospedali di Comunità e COT nel suo territorio.

10.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 10.3.1: Revisione ed aggiornamento del sistema di valutazione e valorizzazione delle risorse umane

Azione 10.3.1.1 Adozione del Piano della Performance 2023

Indicatore 10.3.1.1 Provvedimento ASReM

Azione 10.3.1.2 Adozione del Piano della Performance 2024

Indicatore 10.3.1.2 Provvedimento ASReM

Azione 10.3.1.3 Adozione del Piano della Performance 2025

Indicatore 10.3.1.3 Provvedimento ASReM

Azione 10.3.1.4 Implementazione di meccanismi di incentivazione del personale del comparto

Indicatore 10.3.1.4 Provvedimento ASReM

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
10.3.1 Revisione ed aggiornamento del sistema di valutazione e valorizzazione delle risorse umane	10.3.1.1 Adozione del Piano della Performance 2023	31.12.2023	Provvedimento ASReM	Si/no		
	10.3.1.2 Adozione del Piano della Performance 2024	31/03/2024	Provvedimento ASReM	Si/no		
	10.3.1.3 Adozione del Piano della Performance 2025	31/03/2025	Provvedimento ASReM	Si/no		
	10.3.1.4 Implementazione di meccanismi di incentivazione del personale del comparto	31/12/2024	Provvedimento ASReM	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute Servizio Risorse Umane del SSR, Formazione, ECM						
Direzione Generale A.S.Re.M. UOC Risorse Umane ASREM						

11 Governance regionale

11.1 Definizione della governance regionale di supporto al SSR

Nell'ambito dell'implementazione di un modello di governance del SSR, la Regione Molise ha definito un piano di attività basato su di una nuova architettura organizzativa orientata al rafforzamento dell'intero sistema di controllo sanitario, che sarà realizzato attraverso la definizione di un chiaro sistema di distribuzione delle responsabilità tra le Strutture regionali e aziendali, anche attraverso modalità di esercizio delle funzioni di governo ai diversi livelli, oltre che di un sistema di regolamenti e linee guida che regolerà il funzionamento delle attività.

Realizzare un moderno ed effettivo modello di governance regionale rappresenta un obiettivo prioritario per la Regione Molise. La necessità prioritaria è quella di avere nelle disponibilità regionali dati affidabili e tempestivi. Questo è possibile attraverso una revisione dei processi di riferimento e tramite l'implementazione di adeguati sistemi informativi in grado di produrre informazioni con il livello di dettaglio necessario a facilitare l'interpretazione dei fenomeni sanitari complessi.

In tale ambito, per consentire la piena realizzazione di un sistema di governance, è necessario definire il sistema per verificare periodicamente l'attuazione delle azioni previste dalla programmazione regionale e aziendale, oltre che il raggiungimento degli adempimenti che si inseriscono all'interno del quadro degli obiettivi sanitari a livello nazionale.

11.2 Verifica adempimenti

La verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) è affidata al Comitato LEA (Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza), istituito dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo-2005 al fine di garantire l'effettività nell'erogazione dei LEA e la loro uniformità sul territorio.

La verifica Adempimenti prende avvio a partire dalla predisposizione, a cura del Comitato, di un questionario annuale che, corredato di note esplicative, è trasmesso alle Regioni per la compilazione e la raccolta della documentazione necessaria per il monitoraggio. A partire dalla documentazione prodotta dalle Regioni sono disposte le successive riunioni tecniche finalizzate alla certificazione degli adempimenti.

Tale processo valutativo, congiuntamente al Tavolo di verifica degli Adempimenti, consente alle Regioni di accedere alla quota premiale del finanziamento per l'assistenza, prevista dall'art. 2, comma 68, della legge n.191 del 23 dicembre 2009, ai sensi dell'art. 15, comma 24, del decreto-legge n. 95/2012 (convertito, con modificazioni, in legge n.135/2012). Per le Regioni in piano di rientro, le valutazioni sono aggiornate in occasione delle riunioni di verifica trimestrale dei Tavoli congiunti Comitato Lea e Tavolo Adempimenti, tenute presso il Ministero dell'economia e delle finanze.

Con particolare riferimento al processo di verifica adempimenti LEA 2020, si evidenzia l'introduzione del Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (NSG), di cui al DM del 12 marzo 2019. Tale sistema, utilizzando le informazioni presenti sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), consente una misurazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia e della appropriatezza.

Con riferimento al contesto regionale, dagli esiti della Verifica Adempimenti 2019 la Regione presenta alcune inadempienze e criticità per le quali si rimanda a quanto delineato nelle distinte Aree di intervento della presente programmazione, ove sono state predisposte specifiche azioni risolutive.

Premesso che il monitoraggio degli Adempimenti LEA e degli interventi risolutivi sopra menzionati è parte sostanziale dei compiti attribuiti alla struttura di governance del Piano, nell'ambito della programmazione 2023-2025 è prevista l'istituzione di un apposito gruppo di lavoro a cui sarà affidata tale attività di monitoraggio. Il monitoraggio sarà condotto mediante tavoli di verifica tenuti con cadenza mensile che vedranno il coinvolgimento di ASReM e della Direzione Generale per la Salute. Con cadenza trimestrale, inoltre, è prevista la redazione di apposite schede di monitoraggio, strumento documentale dello stato di avanzamento della programmazione.

11.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 11.2.1 Monitoraggio degli adempimenti LEA e degli interventi risolutivi programmati

Azione 11.2.1.1 Istituzione di un gruppo di lavoro ai cui affidare l'attività di monitoraggio e verifica degli adempimenti

Indicatore 11.2.1.1 DCA

Azione 11.2.1.2 Istituzione di tavoli regionali di verifica degli adempimenti (ASReM, DG Salute)

Indicatore 11.2.1.2 DCA

Azione 11.2.1.3 Attività di monitoraggio trimestrali

Indicatore 11.2.1.3 Report trimestrale

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
11.2.1 Monitoraggio degli adempimenti LEA e degli interventi risolutivi programmati	11.2.1.1 Istituzione di un gruppo di lavoro ai cui affidare l'attività di monitoraggio e verifica degli adempimenti	31/03/2023	DCA	Si/no		
	11.2.1.2 Istituzione di tavoli regionali di verifica degli adempimenti (ASReM, DG Salute)	31/03/2023	DCA	Si/no		
	11.2.1.3 Attività di monitoraggio trimestrali	31.03.2024	Report trimestrale	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute DG ASReM						

11.3 Flussi Informativi

L'ottimizzazione dei sistemi informativi è un importante driver di sviluppo del Sistema Sanitario Regionale che, per definizione, è costituito da sistemi informativi e da dati eterogenei, gestiti attraverso strumenti diversi, differenziati per architettura, tecnologie, funzioni.

Per quanto riguarda i flussi informativi, la traiettoria strategica della Regione Molise per il triennio di programmazione è rappresentata dallo sviluppo di una infrastruttura tecnologica regionale che consenta di realizzare un orientamento data-driven, con un approccio basato sui dati e la loro corretta gestione (data management) sia come fattore tecnico, ma soprattutto come pilastro strategico della programmazione regionale, specialmente a supporto dei processi dell'area clinica.

L'obiettivo è l'efficace implementazione e gestione dei data-base, l'implementazione di standard dell'informazione robusti per consentire la completa interoperabilità⁷ e la connettività a livello infra ed extra regionale.

Per i flussi informativi sanitari, dunque, la necessità è quella di aggiornare l'attuale modello architetturale attraverso l'adozione di standard di interoperabilità regionali che riducano la frammentazione e la duplicazione dei dati. Attraverso la collaborazione della propria società in house Molise Dati S.p.a., l'obiettivo sarà potenziare la componente tecnica

⁷ Interoperabilità di base (requisiti di interconnettività), strutturale (formato e sintassi), semantica (interpretazione e metriche comuni) e organizzativa (governance dei dati, sicurezza e trasparenza).

relativa alla messa a punto delle metodologie e degli strumenti necessari a garantire, in modo omogeneo per tutti i sistemi informativi, qualità, armonizzazione, connettività, interoperabilità e sicurezza dei dati.

Elemento fondamentale nel triennio, è rappresentato dalla Missione 6 Salute del PNRR, che è da considerarsi parte del perimetro della componente organizzativa-normativa relativa alla definizione delle infrastrutture, dei compiti e delle responsabilità di governo sanitario regionale.

L'avvio necessario del percorso di riforma del sistema informativo sanitario regionale è rappresentato infatti dagli obblighi imposti dal PNRR e previsti dal Piano Triennale dell'Agenzia per l'Italia Digitale – AgID che impatterà prevalentemente sul Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso azioni migliorative, di armonizzazione e diffusione del FSE, nonché sull'alimentazione di un repository dedicato basato sullo standard HL7 FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources).

In tale ambito, la Regione Molise ha avviato il Progetto “Art. 79” a partire dal 2 novembre 2020, a seguito dell'aggiudicazione della gara comunitaria per l'affidamento di servizi di consulenza direzionale ed operativa previsti dall'Accordo di Programma tra il MdS, di concerto con il MEF, e la Regione, in attuazione dell'art.79, comma 1-sexies, lettera c), del D.L. 112/2008, convertito con Legge 133/2008.

Con riferimento alle attività condotte nell'ambito di tale progettualità, in una prima fase, sono state condotte attività di analisi dell'attuale processo di produzione dei flussi informativi, finalizzate all'identificazione puntuale delle aree da efficientare sia con riferimento agli aspetti di natura organizzativa e di processo, sia con riferimento agli aspetti qualitativi e di tempestività della produzione dei dati raccolti.

Ad oggi sono in corso di esecuzione interventi che coinvolgono sia le Strutture regionali sia l'A.S.Re.M., finalizzati al miglioramento dei processi di gestione dei flussi informativi sanitari regionali e delle attività di produzione e controllo connesse.

A tale proposito, gli interventi in corso di esecuzione, che vedranno la loro completa conclusione nell'arco del triennio di programmazione oggetto del presente Piano, sono volti a garantire la raccolta sistematica, continuativa, completa dei dati sanitari e a consentire:

- l'omogeneizzazione delle procedure di raccolta dati tra i diversi attori;
- la crescita, l'aggiornamento e la formazione del personale coinvolto;
- l'adeguamento dei sistemi informativi utilizzati.

Le azioni correttive individuate saranno inoltre formalizzate in nuovi regolamenti del processo di elaborazione, produzione e monitoraggio dei flussi informativi, che la Regione adotterà al fine di garantire:

- elaborazione di processi univoci ed omogenei per la raccolta e produzione dei dati;
- definizione puntuale dei livelli di responsabilità tra i diversi attori;
- identificazione dei controlli da prevedere e delle relative tempistiche.

I regolamenti saranno redatti in conformità della normativa nazionale e regionale di riferimento, tarati su quanto previsto dal PNRR, secondo le seguenti tempistiche:

AMBITO DI RIFERIMENTO	FLUSSO INFORMATIVO OGGETTO DI REGOLAMENTAZIONE	TEMPISTICA DI ADOZIONE
ASSISTENZA OSPEDALIERA	- Flusso A - SDO - Flusso EMUR PS - Flusso Farmaceutica Ospedaliera – Consumi Ospedalieri - Flusso Grandi Apparecchiature Sanitarie - Flusso C – Assistenza specialistica ambulatoriale	31/03/2024
ASSISTENZA DISTRETTUALE	- Flusso SIND - Flusso SISIM - Flusso Hospice - Flusso SIAR - Assistenza Riabilitativa - Flusso SICOF - Flusso SIAD - Flusso FAR - Flusso EMUR 118	31/03/2024

	- Flusso D – Farmaceutica convenzionata - Farmaceutica Territoriale – Distribuzione Diretta - Farmaceutica Territoriale – Distribuzione per conto - Flusso F - Prestazioni Farmaceutiche - Flusso Dispositivi Medici	
PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA	- Flusso Screening - Flusso AVN	31/03/2024

Tale percorso di ridefinizione dei processi, consentirà inoltre il miglioramento della qualità dei flussi informativi sanitari regionali, le cui eventuali anomalie potranno essere verificate e modificate prima della trasmissione periodica al Ministero della Salute, tramite il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) in adempienza a quanto previsto dalla normativa vigente.

Nell'ambito di tale attività, per il superamento delle criticità riguardo il controllo del dato e di validazione (pre-invio) da parte sia delle Strutture Aziendali sia dei Servizi regionali competenti per materia, nonché di verifica del rispetto della coerenza tra i campi di uno stesso record, oppure tra record diversi dello stesso flusso ed ancora tra dati di flussi diversi, saranno delineati, a livello organizzativo, tre principali livelli che interverranno, ciascuno per le proprie funzioni, nel nuovo iter di produzione, controllo e validazione dei flussi:



Questi saranno applicati a tutte le strutture aziendali e regionali competenti per materia, coinvolte nell'attività di raccolta dati, analisi, monitoraggio, validazione, e trasmissione alle istituzioni competenti nel rispetto della tempistica definita per ogni flusso informativo.

L'adozione e l'attuazione delle disposizioni contenute nei nuovi regolamenti sarà completata entro il 2024 e garantirà di assicurare il superamento delle criticità riscontrate, nonché l'attuazione di nuovi processi di produzione, controllo e validazione dei flussi informativi, che consentano:

- omogeneità nelle modalità di rilevazione;
- univocità e tracciabilità dei dati trasmessi;
- ottimizzazione della qualità dei flussi mediante verifica periodica degli applicativi utilizzati per la produzione del flusso nel rispetto dei requisiti previsti dalle specifiche funzionali e controlli tempestivi e sistematici dei dati;
- completezza e correttezza dei dati presenti nel flusso informativo;
- monitoraggio puntuale sui dati di produzione del SSR.

Altro obiettivo legato al PNRR, a cui dovranno seguire tutti gli adempimenti consequenziali, tra cui quello della realizzazione dei regolamenti e la loro omogeneizzazione con l'ecosistema regolamentare regionale, è quello dell'adozione di quattro nuovi flussi informativi nazionali che il Sistema Sanitario Regionale dovrà alimentare. Nell'ambito del nuovo sistema informativo sanitario NSIS dovranno essere attivati i seguenti nuovi flussi:

- riabilitazione territoriale;
- servizi di assistenza primaria;
- ospedali di comunità;
- consultori familiari.

Il Piano Sanità Connessa

Il Piano Sanità Connessa, con fondi dedicati a valere sul PNRR, è la progettualità partita all'interno del Comitato Interministeriale per la transizione digitale (CITD) e realizzata tramite Infratel Italia (Infrastrutture e Telecomunicazioni per l'Italia S.p.A., società in-house del Ministero dello Sviluppo Economico rientrante nel Gruppo Invitalia) e che prevede la "fornitura di servizi di connettività a banda ultralarga presso strutture del servizio sanitario pubblico sul territorio italiano, compresa la fornitura e posa in opera della rete di accesso e di servizi di gestione e manutenzione". La Regione Molise ha inteso partecipare al Piano e ha scelto di affidare la progettazione tecnica e la realizzazione alla società in-house Molise Dati S.p.A., coinvolgendo attivamente l'Azienda Sanitaria regionale ASReM.

Nello specifico, si tratta di un Piano per la fornitura di servizi di connettività a banda ultra-larga presso strutture del servizio sanitario pubblico sul territorio regionale, e comprende la fornitura e posa in opera della rete di accesso e di servizi di gestione e manutenzione. L'intervento ha lo scopo di fornire connettività con velocità simmetrica, a partire da 1 Gbit/s fino a 10Gbit/s, a tutte le strutture del servizio sanitario regionale. Particolare attenzione è data al tema del disaster recovery e della cyber security della rete regionale.

Il Piano è finanziato con fondi afferenti al Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), con particolare riguardo alla Missione 1, Componente 2, Investimento 3.4, del PNRR denominato "Sanità connessa" e sostituirà interamente, a tendere, gli attuali contratti regionali per la fornitura di fibra.

Attraverso Sanità Connessa, la Regione Molise punta alla completa copertura di fibra performante per le proprie Strutture sanitarie (ospedaliere e territoriali, tra cui quelle di continuità assistenziale), il cui costo sarà imputato interamente sulle risorse del PNRR e che consentirà di liberare risorse attualmente utilizzate per la fibra dalla Regione Molise e dall'Azienda Sanitaria regionale.

L'architettura di rete per l'interconnessione delle strutture sanitarie individuata è schematizzata nella figura di seguito riportata. Dallo schema si evince che tutte le strutture sanitarie avranno un accesso ad Internet centralizzato verso la sede di Molise Dati che fungerà da hub per la gestione, il controllo e la sicurezza dei dati.

Figura 1. Architettura di rete per il progetto. Le strutture sanitarie individuate in tale progetto sono di tre tipologie:

- Tipo 1: ospedali, strutture di ricovero e CED regionali ad uso della sanità con 10 Gbit/s e banda garantita simmetrica di almeno di 1 Gbit/s;
- Tipo 2: sedi intermedie con 1 Gbit/s e banda garantita simmetrica di almeno di 500 Mbit/s;
- Tipo 3: strutture sanitarie minori (struttura di assistenza e riabilitazione) con 1 Gbit/s e banda garantita simmetrica almeno di 100 Mbit/s.

Da una analisi dei dati effettuata dal Dipartimento per la Trasformazione Digitale a novembre 2023, la Regione Molise risulta tra le prime regioni italiane nello stato di avanzamento dei lavori, con 15 strutture sanitarie attivate e 21 in lavorazione.

Si prevede la conclusione del progetto entro le scadenze previste dal PNRR.

11.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 11.3.1. Ottimizzazione dei sistemi informativi

Azione 11.3.1.1: Formalizzazione in nuovi regolamenti del processo di elaborazione, produzione e monitoraggio dei flussi informativi

Indicatore 11.3.1.1: DCA

Azione 11.3.1.2: Controllo e validazione dei flussi

Indicatore 11.3.1.2: Report semestrale

Azione 11.3.1.3: Adozione dei flussi SICOF e SIAR

Indicatore 11.3.1.3: DCA

Azione 11.3.1.4: Adozione dei flussi Cure Primarie e Ospedali di Comunità

Indicatore 11.3.1.4: DCA

Azione 11.3.1.5: Attuazione del Piano sanità connessa

Indicatore 11.3.1.5: Relazione

Azione 11.3.1.6: Definizione e realizzazione di una piattaforma di integrazione coordinamento dei flussi informativi

Indicatore 11.3.1.6: Relazione

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
11.3.1 Ottimizzazione dei sistemi informativi	Azione 11.3.1.1 Formalizzazione in nuovi regolamenti del processo di elaborazione, produzione e monitoraggio dei flussi informativi	31/03/2024	DCA			
	Azione 11.3.1.2 Controllo e validazione dei flussi	30/06/2023	Report semestrale			
	Azione 11.3.1.3 Adozione dei flussi SICOF e SIAR	30/09/2023	DCA			
	Azione 11.3.1.4 Adozione dei flussi Cure Primarie e Ospedali di Comunità	31/03/2025	DCA			
	Azione 11.3.1.5 Attuazione del Piano sanità connessa	30/03/2024	Relazione			
	Azione 11.3.1.6 Definizione e realizzazione di una piattaforma di integrazione coordinamento dei flussi informativi	30/03/2024	Relazione			
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute Servizio Controllo di gestione e flussi informativi DG ASReM Molise Dati						

11.4 Gestione e presidio del contenzioso

Il contenzioso rappresenta l'*aspetto patologico* dell'attività amministrativa; la sua gestione, tuttavia, se orientata verso la funzione pro-attiva, è in grado anche di indirizzare l'azione amministrativa verso il miglior risultato, in un'ottica preventiva dello stesso.

Resta da considerare l'aspetto quasi fisiologico, tipico della sanità molisana, che registra un elevato contenzioso che risulta in assoluto il più considerevole, anche solo in termini quantitativi, rispetto alle altre materie governate.

Il contenzioso sanitario, amministrativo e civile, viene costantemente monitorato tramite relazioni periodiche ai Ministeri affiancanti.

Contenzioso amministrativo (ricorsi al TAR Molise)

A) Ricorsi amministrativi proposti da Strutture residenziali psichiatriche, Strutture residenziali e Gruppi appartamento per l'accertamento dell'illegittimità del silenzio serbato dall'Amministrazione sulla domanda per il rilascio dell'accreditamento istituzionale ai sensi della L.R. n. 18/2008

Per alcune di queste Strutture il Tar Molise a seguito di Sentenze di condanna della Regione Molise e del Commissario ad acta a pronunciarsi sull'istanza di accreditamento si è espresso, su istanza delle parti, con Ordinanze collegiali, ordinando alla Regione Molise e al Commissario ad acta di concludere il procedimento promosso dalle ricorrenti per l'accreditamento istituzionale della propria struttura socio-sanitaria entro e non oltre il 30.11.2022. Contestualmente, in alcuni casi, il Tar Molise ha provveduto a nominare quale commissario ad acta il Prefetto di Campobasso, con il compito di procedere, con facoltà di delega, all'esecuzione delle sentenze.

Al riguardo, la Regione ha provveduto a sollecitare ulteriormente l'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) per la verifica di competenza del possesso dei requisiti per l'accreditamento istituzionale, da accertarsi presso la sede delle Strutture richiedenti l'accreditamento.

B) Ricorsi per annullamento DCA n. 3/2022 – fissazione limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie afferenti alla macroarea riabilitazione e assistenza socio-sanitaria erogate da operatori privati accreditati, acquisibili con oneri a carico del SSR per l'anno 2022

Al riguardo, la Regione ha chiesto il rigetto delle domande e ha rappresentato di aver correttamente proceduto alla definizione dei tetti di spesa, destinando il finanziamento previsto per l'assistenza riabilitativa, alle prestazioni residenziali extraospedaliere, ambulatoriali, domiciliari e semiresidenziali e di assistenza socio sanitaria, per il potenziamento della complessiva capacità d'offerta regionale attraverso tutte le strutture presenti sul territorio, in coerenza con quanto previsto dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017.

C) Ricorsi per annullamento DCA n. 19/2018 – schema di contratto per acquisto di prestazioni di assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale a carattere riabilitativo per annualità 2016-2018

Al riguardo, la Regione ha affermato che la rideterminazione delle tariffe per l'attività riabilitativa territoriale psichiatrica è stata operata in conformità alla vigente normativa mediante applicazione degli indici ISTAT per le annualità 2007 – 2016, al fine di garantire il riequilibrio economico – finanziario previsto dal POS 2015-2018.

D) Ricorsi per annullamento DCA n. 10/2020 "Definizione dei limiti massimi di finanziamento per le prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogate dagli operatori privati accreditati, acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2019." e n. 11/2020 "Approvazione dello Schema di contratto per l'acquisto dalle strutture private operanti in regime di accreditamento di prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale per l'anno 2019"

Il TAR Molise ha accolto i ricorsi, annullando i DCA nn. 10 e 11 del 2020 limitatamente alla parte in cui hanno modificato retroattivamente alcune disposizioni contrattuali presenti nel precedente contratto 2016 – 2018 (remunerazione sia delle prestazioni erogate in favore di pazienti extraregionali eccedenti il budget autorizzato ove riconosciute e liquidate alla Regione Molise in sede di compensazione interregionale sia delle prestazioni ospedaliere integrative di alta specialità regionale ed extraregionale), ritenendo viceversa legittimo l'operato della Regione nella parte in cui aveva fissato il budget annuale per le restanti prestazioni.

La Regione Molise ha proposto appello avverso le sentenze TAR e, nelle more della definizione dei giudizi di appello, ai fini esecutori, ha emanato il DCA n. 18/2022. In data successiva all'approvazione del DCA n. 18/2022 il Consiglio di Stato sez. III confermava quanto stabilito dal Tribunale Amministrativo – senza peraltro riconoscere la proroga del contratto 2016-2018 – nella parte in cui annullava i DCA nn. 10/2020 e 11/2020 con riferimento all'illegittimità della mancata previsione delle prestazioni di alta specialità e di quelle "extra budget" in favore dei pazienti extraregionali, non essendo attuabile dall'amministrazione, ex post, la modifica dell'impostazione dei precedenti provvedimenti di determinazione dei budget e delle relative condizioni contrattuali.

Le sentenze di primo grado sono state confermate nel 2022 in appello.

E) Ricorsi per annullamento DCA n. 108/2021 "Definizione dei limiti massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie, di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale, erogate dagli operatori privati accreditati con il Servizio Sanitario Regionale, per l'anno 2021."

L'Amministrazione regionale, nel richiedere il rigetto delle domande, ha rappresentato di aver correttamente proceduto alla definizione dei tetti di spesa in attuazione del proprio potere autoritativo, in coerenza con la normativa nazionale di riferimento e secondo le indicazioni dei Ministeri affiancanti.

Con le sentenze TAR Molise nn. 267/23 e 265/23 i ricorsi delle strutture I.R.C.C.S. Neuormed e Responsabile – SB (già Gemelli Molise spa) sono stati accolti. La ridefinizione dei limiti massimi di finanziamento e dello schema di contatto per l'anno 2021 è stata approvata con DCA n. 32/2023, le due Strutture hanno sottoscritto i contratti per l'anno 2021.

I ricorsi delle altre strutture sanitarie regionali avverso il DCA n. 108/2021 sono stati rigettati.

F) Ricorsi per annullamento del DCA n. 46/2019 "Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021." e DCA n. 44/ 2020 "Piano regionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021. Gestione dell'offerta delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture private accreditate all'interno del Centro Unico di Prenotazione regionale (CUP)."

L'Amministrazione regionale, nel richiedere il rigetto delle domande, ha rappresentato di aver correttamente proceduto al recepimento dei principi e delle linee ispiratrici del PNGLA 2019-2021, al fine di promuovere l'implementazione di strumenti di gestione della domanda, già sperimentati presso le Aziende Sanitarie di diverse Regioni italiane, modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei - RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, in particolare riferendosi al Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" condiviso dalle Regioni e Province Autonome.

Inoltre, ha affermato che l'obbligo di mettere a disposizione del CUP regionale le proprie agende di prenotazione è sancito espressamente dal PNGLA 2019/2021, che prevede il monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria nel sistema CUP, oltre che nei contratti di budget.

I ricorsi si sono conclusi in primo grado in senso favorevole alla regione Molise. Le Strutture hanno proposto appello al Consiglio di Stato.

G) Ricorsi strutture private accreditate a diretta gestione regionale per annullamento di note della Struttura Commissariale afferenti alla fatturazione di prestazioni sanitarie annualità 2019 e 2020, con richiesta di emissione note di credito.

L'Amministrazione regionale ha specificato che le note impugnate non contengono statuizioni definitive, ma hanno carattere temporaneo, assegnando alle Strutture che forniscono prestazioni sanitarie al pubblico nella Regione Molise un anticipo dell'ultimo budget fissato con provvedimento amministrativo e, allo scopo di dare liquidità di cassa alle Strutture medesime in periodo di crisi pandemica, viene corrisposto a cadenza mensile e non bimestrale, nelle more del completamento della definizione dei tetti di spesa per l'anno 2021 e 2022 e della stipula dei nuovi contratti, in conformità all'orientamento stabilito dalla normativa nazionale di cui al D.L. n. 34/2021, art. 4.

H) Ricorsi per annullamento del DCA n. 52/2016: Programma Operativo Straordinario 2015 – 2018. Impugnativa sentenze TAR Molise n. 131/2018 e n. 136/2018.

L'Amministrazione regionale ha specificato che il provvedimento impugnato è estrinsecazione di un potere di natura autoritativa della Regione che, correttamente, ha rimodulato l'assetto complessivo dell'organizzazione sanitaria in ragione dei fabbisogni e le risorse finanziarie a disposizione.

La Regione è in Piano di Rientro e come tale è sottoposta a vincoli stringenti, di natura normativa, amministrativa e finanziaria, tali da rendere inattuabile il discostarsi dalle previsioni legislative imposte e delle indicazioni ministeriali, che hanno obbligato l'Amministrazione a sottoporre il PO alla preventiva approvazione da parte dei Ministeri.

I ricorsi si sono conclusi in senso sfavorevole alla Regione Molise.

I) Ricorso avverso la chiusura del punto nascita di Termoli (nota ASReM PROT. N. 82177/2021 e nota struttura commissariale n. 81638/2021). Sentenza TAR Molise n. 80/2021.

Il Programma Operativo Straordinario della Regione Molise 2015-2018 (POS 2015/2018), adottato con DCA n. 52/2016, ed il successivo il P.O. 2019-2021 adottato con il DCA 94/2021, hanno previsto nella Regione Molise tre Punti Nascita, uno presso l'Ospedale HUB di Campobasso e gli altri due presso gli Ospedali SPOKE di Isernia e Termoli.

La struttura commissariale ha adottato il provvedimento a tutela delle partorienti, allo scopo di fornire un servizio il più possibile efficiente a seguito del decesso di un neonato.

Pertanto, le motivazioni della nota risiedevano nell'esigenza di tutela della salute delle partorienti.

Ad oggi, in ottemperanza alla sentenza TAR Molise n. 80/2021, restano attivi sul territorio regionale i tre Punti Nascita originariamente previsti dal Piano Operativo Straordinario 2015-2018, di cui due (Isernia e Termoli) sotto la soglia dei 500 parti annui previsti dalle indicazioni ministeriali.

È attualmente all'attenzione della Struttura Commissariale la proposta formulata dalla Direzione Generale per la Salute di istituzione di un Centro Maternità presso l'Ospedale di Termoli e l'implementazione delle attività dei Consulenti, per garantire un percorso ben definito di presa in carico delle donne in gravidanza.

Contenzioso civile (Tribunali ordinari di Campobasso, Isernia e Larino, Corte d'Appello di Campobasso)

- A. Richieste di risarcimento danni per lesioni personali/ richieste di risarcimento danni**
- B. Ricorsi in opposizione a decreto ingiuntivo**
- C. Pagamento corrispettivi per prestazioni ex art. 26 legge 833/1978 oltre interessi**
- D. Pagamento adeguamento tariffario 2013/2016, corrispettivi non pagati anni 2014/2016, oltre interessi di mora**

Le azioni di coordinamento, monitoraggio del contenzioso e raccordo con l'Avvocatura Distrettuale dello Stato, per i contenziosi inerenti al Servizio Sanitario Regionale, sono state seguite sino al primo semestre 2022 dalla struttura regionale individuata dal Servizio Supporto al Direttore Generale per la Salute.

Si ravvisa, inoltre, la necessità di garantire un'adeguata attività di formazione dedicata alla specifica materia.

Dal momento che si ritiene necessario che la strategia processuale sia governata per il tramite di una Regia regionale, s'intende provvedere alla redazione di specifiche *"Linee di indirizzo per il coordinamento della gestione del contenzioso"*, rivolte sia alle strutture regionali interessate che agli uffici legali dell'Azienda sanitaria, al fine di definire regole e modalità che rendano più efficace il flusso delle informazioni e dei documenti necessari alla predisposizione delle relazioni da inoltrare all'Avvocatura dello Stato per la predisposizione della miglior difesa possibile in giudizio.

La finalità è quella di evitare la parcellizzazione di contenzioso, nonché prevenire fenomeni di pronunce isolate che – *sebbene nel nostro ordinamento non possono rappresentare precedente vincolante* – di fatto siano in grado di orientare l'attività amministrativa.

La Struttura competente potrà in essere il coordinamento del contenzioso, al fine di garantire un adeguato controllo:

- del rispetto dei termini processuali;
- della completezza della documentazione per il giudizio;
- dell'integrazione del fascicolo informatizzato con gli atti amministrativi intervenuti nel corso del giudizio;
- della stima da parte dell'Azienda sanitaria dell'impatto economico di eventuali sentenze di condanna e del relativo accantonamento in bilancio in fondo rischi (collegamento col bilancio e fondo di dotazione);
- dell'evoluzione giurisprudenziale in relazione alle tematiche emerse nei giudizi.

Ulteriore obiettivo afferente all'area "Gestione del contenzioso" sarà la realizzazione di un programma informatico che consenta la mappatura del contenzioso esistente e futuro e l'interfaccia tra Amministrazione e Avvocatura dello Stato, al fine di ottimizzare i flussi di conoscenze e l'attività di monitoraggio utile a rinvenire le criticità, anche in un'ottica di azioni correttive da implementare.

Inoltre, appare opportuno implementare l'attività di ricostruzione del fondo rischi soccombenza che impatta sul Fondo Sanitario Regionale.

11.4.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 11.4.1 Sviluppo di un sistema di gestione del contenzioso per l'ottimizzazione dei flussi informativi e dell'attività di monitoraggio del contenzioso

Azione 11.4.1.1 Realizzazione di una mappatura del contenzioso promosso verso la Regione e l'ASReM

Indicatore 11.4.1.1 Report semestrale

Azione 11.4.1.2 Implementazione del fondo rischi contenzioso GSA (FSR)

Indicatore 11.4.1.2 Bilancio annuale

Azione 11.4.1.3 Invio ai Ministeri affiancanti di un rapporto riepilogativo in occasione delle riunioni dei TdV

Indicatore 11.4.1.3 Report trimestrale

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
11.4.1 Sviluppo di un sistema di gestione del contenzioso per l'ottimizzazione dei flussi informativi e dell'attività di monitoraggio del contenzioso	11.4.1.1 Realizzazione di una mappatura del contenzioso promosso verso la Regione e l'ASReM	30/06/2024	Report semestrale	Si/No		
	11.4.1.2 Implementazione del fondo rischi contenzioso GSA (FSR)	30/06/2024	Bilancio annuale			
	11.4.1.3 Invio ai Ministeri affiancanti di un rapporto riepilogativo in occasione delle riunioni dei TdV	31/03/2024	Report trimestrale			
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute						

11.5 Investimenti in sanità

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

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

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

da:

- Art. 71 della L.23/12/1998 n. 448, inerente “*Misure di finanza pubblica per la stabilizzazione e lo sviluppo*” per la realizzazione di interventi di riorganizzazione e di riqualificazione dell’assistenza sanitaria in alcuni grandi centri urbani;
- Fondi FAS (Fondo per le aree sottoutilizzate), è lo strumento di finanziamento del governo italiano per le aree sottoutilizzate del paese, raccoglie risorse nazionali aggiuntive, da sommarsi a quelle ordinarie e a quelle comunitarie e nazionali di cofinanziamento, diretti soprattutto, ma non esclusivamente, al Socio Sanitario;
- Art. 1 comma 34 bis della L. 662/1996, fondi finalizzati al perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale, per i quali le Regioni elaborano specifici progetti sulla scorta di criteri e parametri fissati dal Piano stesso, su proposta del Ministro della Sanità, il quale individua i progetti ammessi a finanziamento utilizzando le quote vincolate dal Fondo Sanitario Nazionale;
- Fondi relativi al Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 - Salute componente M6C1 e M6C2.

Situazione attuale

Per quanto concerne i Fondi di cui all’art. 20, Legge 67/1988, il Programma è stato articolato in due fasi: la prima fase si è chiusa nel 1996 con un impegno complessivo di € 4.854.694.851,44, di cui € 48.367.737,97 per la Regione Molise; la seconda fase è proseguita con l’utilizzo delle risorse assegnate dalle delibere CIPE alle regioni e province autonome per la sottoscrizione di accordi di programma.

La legge finanziaria 2007 ha previsto un forte ampliamento del programma straordinario di investimenti in edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico. L’art. 1, comma 796, della legge finanziaria 2007 eleva a 20 miliardi di euro il finanziamento complessivo del programma. Il maggior importo è stato ripartito con delibera CIPE n.98 del 18.12.2008.

Per la realizzazione di Programmi di Investimenti previsti ancora dall’ex art.20 legge 67/88, secondo quanto di seguito riportato, sarebbero disponibili risorse per complessivi € 146.052.987,91.

Con DM del 6 dicembre 2017, finalizzato alla riqualificazione e ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione nelle Regioni del Mezzogiorno, è stata ripartita la quota complessiva di 100 milioni di euro ed assegnati al Molise € 1.450.000,00. La vigente Struttura Commissariale sta valutando l’utilizzo della predetta somma.

Riordino della rete infrastrutturale sanitaria

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

- Ristrutturazione delle strutture di Larino e Venafrò a seguito della riconversione in Ospedali di Comunità. Quest’ultimi saranno oggetto di ristrutturazione per diventare strutture sanitarie della rete territoriale a ricovero breve e destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Tali interventi saranno finanziati mediante il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – MISSIONE 6 - SALUTE Componente M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L’ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE. INVESTIMENTI 1.3. Il costo totale per gli interventi di riconversione delle suddette strutture è pari ad € 6.122.447,88;
- La struttura sanitaria di Agnone sarà finanziata con i fondi INAIL ai sensi dell’art. 1, comma 602-603 della Legge 11.12.2016, n. 232 e successivo DPCM del 24.12.2018;
- Trasformazione di alcuni poliambulatori esistenti, dell’Ospedale di area disagiata di Agnone, dei Distretti Sanitari di base di Termoli e Isernia, degli Ospedali di Comunità di Venafrò e di Larino, di alcune Case della Salute esistenti, in 13 Case della Comunità. Le Case della Comunità consentiranno di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità, e saranno delle strutture in cui opereranno gruppi multidisciplinari di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti, garantendo la presenza capillare su tutto il territorio regionale. All’interno delle Case della Comunità, potendo contare sulla presenza degli assistenti sociali, dovrà realizzarsi l’integrazione tra i servizi sanitari e sociosanitari con i servizi sociali territoriali, dovendo inoltre configurarsi quale punto di riferimento continuativo per la popolazione attraverso la strumentazione polispecialistica, una infrastruttura informatica e un punto prelievi, permetterà di garantire la presa in carico della comunità di riferimento. Tali interventi saranno finanziati mediante il Piano Nazionale Ripresa e

Resilienza (PNRR) – MISSIONE 6 - SALUTE Componente M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE. INVESTIMENTI 1.1. Per la realizzazione degli interventi di cui sopra il costo totale è di € 13.775.507,72;

- Realizzazione, presso la casa della salute di Bojano, all'Ospedale di Comunità di Venafro e al Distretto Sanitario di Base di Termoli, di 3 Centrali Operative Territoriali (COT). Con le Centrali Operative Territoriali, si pone la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza. In considerazione della strategicità del potenziamento dei servizi domiciliari, individuato come obiettivo fondamentale, l'investimento sulle COT mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione regionale di età superiore ai 65 anni. Tali interventi saranno finanziati mediante il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – MISSIONE 6 - SALUTE Componente M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE. INVESTIMENTI 1.2, sub investimento 1.2.2. Per la realizzazione degli interventi di cui sopra il costo totale è di € 1.022.587,95;
- Ulteriore investimento richiesto, mediante l'utilizzo del PNRR Missione 6 Salute, Componente M6c2: Investimento 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero. Sub-Investimento 1.1.1 Digitalizzazione. Mediante tale investimento, si prevede di realizzare l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero attraverso la digitalizzazione del DEA pubblico di I livello dell'Azienda Sanitaria regionale A.S.Re.M., il presidio ospedaliero di Campobasso, individuando tale Struttura come hub del sistema ospedaliero regionale. Il sistema informativo che si dovrà realizzare dovrà mettere a sistema tutte le unità operative, sostituendo in alcuni casi dei verticali in uso non troppo performanti, ma soprattutto agendo con una logica di piena integrazione applicativa e di processo. Il costo totale dell'intervento è di € 8.878.222,89;
- Ulteriore investimento richiesto, mediante l'utilizzo del PNRR Missione 6 Salute, Componente M6c2: Investimento 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, Sub- Investimento 1.1.2 è l'acquisto di Grandi Apparecchiature Sanitarie. Tale intervento ha come priorità l'adozione di soluzioni innovative e tecnologicamente avanzate delle strutture sanitarie pubbliche, mediante il rinnovamento delle attrezzature ospedaliere ad alto contenuto tecnologico (ricomprensenti TAC, risonanze magnetiche, Acceleratori Lineari, Sistemi Radiologici Fissi, Angiografi, Gamma Camera, Gamma Camera/TAC, Mammografi, Ecotomografi). Il costo totale dell'intervento è di € 7.280.539,50;
- Adeguamento tecnologico-funzionale rispetto alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica del P.O. di Termoli secondo le esigenze derivanti dalla nuova organizzazione dell'offerta sanitaria. Intervento richiesto, mediante l'utilizzo del PNRR Missione 6 Salute, componente M6C2.1, Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile. Tale linea di intervento, mira a delineare un percorso di miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri, adeguandoli alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica, assicurando non solo la conformità degli edifici all'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3274 del 20 marzo 2003 e alle NTC 2018, ma anche dalla consapevolezza che, tra gli edifici pubblici, gli ospedali rivestono un ruolo strategico in caso di disastro. Il costo determinato per tale intervento è di € 12.788.881,88, di cui € 3.911.332,46, finanziato con quota Recovery, e € 8.877.549,42 con quota FC;
- Acquisto di nuova tecnologia/apparecchiature elettromedicali per un importo stimato di 21,3 €/mln;
- Interventi volti al completamento e riqualificazione della rete della Salute Mentale per 2,5 €/mln;
- Riconversione dell'Ospedale "Cardarelli" in Centro Territoriale (UDI, C.d.S.). Costo stimato 21,5 €/mln;
- Realizzazione della nuova sede del 118 dell'importo di 1,8 €/mln;
- Realizzazione del nuovo Presidio Ospedaliero di Isernia. La realizzazione di un nuovo Presidio Ospedaliero, costituisce una priorità del sistema sanitario molisano, ed è volta all'ammodernamento, alla riorganizzazione e all'adeguamento della rete ospedaliera del Molise. Infatti, l'attuale Ospedale di Isernia, progettato e costruito dal 1970 al 1985 e realizzato con struttura in calcestruzzo armato e tamponature a cassetta, è ormai obsoleto ed inadeguato non solo dal punto di vista dello stato delle opere murarie e delle caratteristiche costruttive, ma anche e soprattutto per quanto concerne la ristrettezza e la distribuzione funzionale degli spazi e la dotazione tecnologica e impiantistica. Inoltre, tale struttura, non garantisce possibilità di adeguamenti legati sia alle necessità dell'accreditamento istituzionale (L.R. 32/2007 e smi), che alla necessità del rispetto delle norme di protezione e sicurezza legate al D.Lgs.

81/08 e alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica, assicurando la conformità degli edifici alle NTC 2018 e Circ. Min. Infrastrutture e Trasporti n. 7 del 21/01/2019. In questo contesto, con la realizzazione del nuovo PO, si conseguiranno molteplici effetti positivi, quali:

- promuovere la concentrazione dell'offerta ospedaliera di qualità in strutture nuove, funzionali e moderne, facilmente accessibili e dotate delle specialistiche previste dalla programmazione regionale, delle tecnologie e dei servizi necessari per il pieno soddisfacimento del diritto alla salute in condizioni di sicurezza e di efficienza;
- promuovere il superamento di presidi ospedalieri per i quali si presentano come inefficaci tecnicamente ed economicamente interventi di ristrutturazione e adeguamento alle normative vigenti ovvero di ampliamento e di ammodernamento, in quanto obsoleti o situati in contesti urbani congestionati;
- ridisegnare, completandola, l'offerta specialistica della rete ospedaliera molisana in modo da incidere sulla mobilità passiva generata dalla domanda di prestazioni ospedaliere da parte della popolazione molisana rivolta a strutture fuori Regione;
- razionalizzare i percorsi e i processi di lavoro, favorendo l'accessibilità all'area ospedaliera ed elevando il livello di sicurezza.

Il costo complessivo stimato per la realizzazione del nuovo PO di Isernia è di € 100.078.400,00, di cui:

- € 46.155.432,38 derivanti dalla Legge 30 dicembre 2018, n. 145, art. 1, comma 95, "fondo finalizzato al rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello stato e allo sviluppo del paese";
- € 53.922.967,62 derivanti dai Programmi di Investimenti previsti dall'ex art.20 legge 67/88, di cui:
 - € 51.226.819,24 a carico dello Stato con delibera CIPE del 6 maggio 1998, n. 52;
 - € 2.696.148,38 a carico della Regione Molise.
- Fondo per il rilancio degli investimenti delle Amministrazioni centrali dello Stato per lo sviluppo del Paese, Art. 1 della legge 160 del 27 dicembre 2019 comma 14. - Individuazione fabbisogni suddivisi per piano di gestione 4 e piano di gestione 5, per un importo totale di € 3.138.009,70, di cui € 1.151.395,22 quali "somme da destinare al finanziamento di interventi di edilizia sanitaria" piano di gestione 4 ed € 1.986.614,48 quali "somme da destinare al finanziamento di interventi di sostenibilità ambientale ed efficientamento energetico" piano di gestione 5. In relazione al piano di gestione 4, è individuata come proposta di intervento, il completamento del Reparto di neurologia e Stroke Unit, del Presidio Ospedaliero A. Cardarelli di Campobasso, per un importo complessivo di € 1.151.385,22. In relazione al piano di gestione 5, si propone l'intervento di efficientamento energetico del Presidio Ospedaliero A. Cardarelli, ed in particolare la sostituzione degli infissi esterni, per un importo complessivo di € 1.986.614,48;
- A valere sul programma di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, nell'ambito delle risorse accantonate con deliberazione CIPE n. 51 del 24 luglio 2019, per far fronte al fabbisogno di apparecchiature sanitarie finalizzate a garantire l'espletamento delle prestazioni di competenza dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, al fine di migliorare il processo di presa in carico dei pazienti cronici e fragili nonché di ridurre il fenomeno delle liste di attesa, è ripartito in quota capitaria alla Regione Molise l'importo di € 1.210.173,37, per l'acquisto di apparecchiature di diagnostica di primo livello;
- Interventi di adeguamento delle strutture sanitarie regionali al D.M. del 19 marzo 2015, relativamente alle norme in materia di antincendio – attuazione del Programma di investimenti ex art. 20, Legge 67/88, per i quali si prevede una stima di spesa complessivamente pari a € 57.387.940,86, di cui € 481.581,50 da far ricadere sui fondi di cui alla delibera CIPE n. 16/2013.

Per l'attuazione dell'intero programma sono stati stimati 5 anni a decorrere dall'ottenimento del finanziamento da parte del Ministero.

11.5.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 11.5.1 Riconversione, ristrutturazione e adeguamento strutture sanitarie ospedaliere e territoriali

Azione 11.5.1.1 Monitoraggio iter realizzazione progetti

Indicatore 11.5.1.1 Report semestrali

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
11.5.1 Riconversione, ristrutturazione e adeguamento strutture sanitarie ospedaliere e territoriali	11.5.1.1 Monitoraggio iter realizzazione progetti	31/03/2024	Report semestrali			
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute Servizio Risorse Finanziarie del Servizio Sanitario Regionale						

11.6 Progetto ex Art. 79

In esito all'aggiudicazione della gara di appalto per l' "Affidamento di servizi di consulenza direzionale ed operativa previsti dall'Accordo di Programma il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, e la Regione Molise, in attuazione dell'art.79, comma 1-sexies lettera c), del D.L. 112/2008, convertito con legge 133/2008", in data 24.06.2019 è stato sottoscritto il contratto con il RTI EY Advisory S.p.A., EY S.p.A. e GPI S.p.A.

Gli obiettivi progettuali si integrano a pieno con la programmazione sanitaria triennale prevista dal presente Programma, e mirano a restituire un sistema sanitario in grado di soddisfare strutturalmente i fabbisogni di salute e benessere con una gestione sostenibile e trasparente. Affinché ciò sia realizzabile è stata individuata una visione integrata delle attività da erogare che si può organizzare secondo tre ambiti progettuali articolati a loro volta in specifici interventi:

- **Progettazione modello di monitoraggio:**
 - progettazione di un modello di monitoraggio del SSR
 - realizzazione di una metodologia e di un modello regionale di controllo di gestione
- **Realizzazione strumenti informatici:**
 - analisi dei flussi informativi esistenti a supporto del monitoraggio
 - interventi di adeguamento dei sistemi gestionali delle strutture locali al fine di migliorare il grado di copertura rispetto alle esigenze e rendere più omogenea la disponibilità di strumenti e delle procedure necessarie alla gestione
- **Organizzazione e processi:**
 - programma per la realizzazione degli strumenti in grado di produrre una base dati strutturata per l'alimentazione dei flussi di monitoraggio
 - programma di affiancamento sul campo delle strutture del SSR, nelle fasi di realizzazione e messa a punto produzione per nuovi processi di raccolta e di gestione dei dati previsti dal modello di monitoraggio, intervenendo anche sulla progettazione e l'ammodernamento delle procedure organizzative di produzione e analisi dei dati
 - piano per il supporto operativo continuo alle strutture locali nell'attività di produzione dei dati necessari all'alimentazione del modello di monitoraggio del SSR
 - applicazione del modello di controllo di gestione a livello locale e regionale e definizione dei flussi e dei processi di alimentazione per i sistemi informativi
 - supporto al cambiamento organizzativo locale richiesto dalla necessità di produrre flussi informativi sistematici e continui di attività

Di seguito, si riporta un riepilogo dello stato di avanzamento complessivo degli ambiti progettuali soprariportati e degli obiettivi da raggiungere nel corso del triennio:

AMBITO PROGETTUALE	STATO DELL'ARTE	OBIETTIVI	CHIUSURA
Progettazione del modello di monitoraggio	Concluso	Con riferimento al primo ambito progettuale, è stato definito un modello di monitoraggio e la predisposizione di un modello di controllo di gestione del SSR, che consentirà di interpretare al meglio i complessi fenomeni del SSR (assistiti, prestazioni, punti di erogazione, forza lavoro, fattori produttivi), per rispondere alle necessità dei processi decisionali ed informativi di tutti gli stakeholders. L'obiettivo è stato quello di fornire elementi di valutazione che siano in grado di supportare le scelte strategiche, tramite le interrelazioni esistenti tra le varie componenti del SSR. Il modello in oggetto consentirà di monitorare l'appropriatezza del livello di assistenza e il mantenimento dell'erogazione dei LEA, tramite le analisi e i monitoraggi che saranno effettuati a partire dai dati contenuti nei flussi informativi NSIS.	31.12.2023
Realizzazione degli strumenti informatici	Concluso e in corso di integrazione	L'obiettivo del secondo ambito progettuale riguarda la realizzazione di un sistema informativo, denominato "SIRMEC" (Sistema Regionale di Monitoraggio e Controllo), che consenta di disporre in maniera tempestiva di dati gestionali, produttivi ed economici, necessari ai fini del pieno governo del SSR. Il Sistema "SIRMEC" è stato realizzato. Tale sistema consente al management sanitario (Regione/A.S.Re.M.) di avvalersi del supporto dello strumento informativo realizzato, nelle attività di programmazione e di analisi dei fenomeni complessi del SSR.	31/12/2023
Organizzazione e processi	Avviato	Il raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari ai fini della certificabilità dei bilanci (PAC), sarà avviato a partire dalla valutazione dell'attuale struttura organizzativa e delle funzioni contabili e di controllo sia della Regione che dell'A.S.Re.M. Tale valutazione è necessaria ai fini del percorso di adeguamento dei processi e delle procedure esistenti e per la predisposizione di nuove procedure amministrativo-contabili, con l'obiettivo di individuare eventuali gap esistenti rispetto alla situazione ottimale definita dagli standard organizzativi, contabili e procedurali previsti dalla normativa vigente e in accordo con i principi contabili. Il passaggio al nuovo Modello, che prevede interventi a carattere organizzativo e procedurale sarà condotto attraverso attività di supporto alle strutture della Regione e dell'A.S.RE.M. con l'obiettivo, di rendere autonomi i referenti regionali e aziendali, mettendo a disposizione della Regione tutti gli strumenti di Knowledge sharing, al fine di condividere esperienze e conoscenze maturate, attraverso la formazione del personale sul campo e le attività di supporto alle strutture della Regione e dell'A.S.RE.M. per la realizzazione del Modello definito.	31/12/2024

11.6.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 11.6.1.Completamento del progetto ex art.79

Azione 11.6.1.1 Progettazione modello di monitoraggio e controllo di gestione

Indicatore 11.6.1.1 DCA

Azione 10.6.1.2 Realizzazione strumenti informatici per l'assessment dei flussi informativi esistenti ed eventuali interventi migliorativi

Indicatore 11.6.1.2 Relazione

Azione 11.6.1.3 Organizzazione e processi per la gestione e raccolta di dati

Indicatore 11.6.1.3 DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
10.6.1. Completamento del progetto ex art.79	10.6.1.1.Progettazione modello di monitoraggio e controllo di gestione	31/12/2023	DCA	Si/No		
	10.6.1.2.Realizzazione strumenti informatici per l'assessment dei flussi informativi esistenti ed eventuali interventi migliorativi	31/12/2023	Relazione	Si/No		
	10.6.1.3.Organizzazione e processi per la gestione e raccolta di dati	31/12/2024	DCA	Si/No		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
DG ASReM						

11.7 Obiettivi Direttori generali

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 2, comma 2 del D.lgs. n. 171/2016, secondo cui le regioni non solo assegnano all'atto della nomina, bensì aggiornano periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi con riferimento alle relative risorse del Direttore Generale delle Aziende Sanitarie, la Struttura Commissariale procede annualmente all'assegnazione degli obiettivi di funzionamento dei Servizi al Direttore Generale ASREM.

Tale adempimento costituisce uno degli interventi assegnati al Commissario ad acta dalla Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 3 agosto 2023 punto xx: *"Definizione e assegnazione degli obiettivi del Direttore Generale dell'ASREM in coerenza con il Piano di Rientro"*.

Con DCA n. 50 del 12.05.2021 la Regione ha provveduto ad aggiornare per l'annualità 2021 gli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi assegnati al DG ASReM, individuandone, ai fini valutativi, i relativi indicatori e soglie.

Con DCA n. 26 del 11/06/2022 sono stati assegnati gli obiettivi al Direttore Generale ASReM per l'anno 2022; con DCA n. 34 del 9/10/2023 sono stati assegnati gli obiettivi al Direttore Generale ASReM per l'anno 2023.

Con invio SIVeAS n. 6/2024, in data 8 gennaio 2024 è stato inviato in preventiva valutazione lo schema di DCA di definizione degli obiettivi del Direttore Generale ASReM per l'anno 2024.

In esito all'assegnazione al DG ASREM degli obiettivi annuali è previsto il monitoraggio periodico degli obiettivi assegnati.

Gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi vengono individuati, definiti e raggruppati per le seguenti aree:

- A) Governo del territorio;
- B) Governo clinico;
- C) Governo delle liste di attesa;
- D) Governo delle risorse;
- E) Governo del Patrimonio strutturale e delle tecnologie sanitarie.

Si considerano automaticamente assegnati gli obiettivi legislativamente previsti come l'obiettivo relativo al rispetto dei tempi di pagamento, ai sensi di quanto disposto dall'art. 1, comma 865 della L. n. 145/2018.

11.7.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 11.7.2 Definizione del processo di assegnazione e monitoraggio degli obiettivi annuali

Azione 11.7.2.1 Definizione della procedura di assegnazione degli obiettivi al DG ASReM

Indicatore 11.7.2.1 DCA

Azione 11.7.2.2 Monitoraggio sullo stato dell'arte degli obiettivi assegnati

Indicatore 11.7.2.2 Report Trimestrale

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
11.7.2 Definizione del processo di assegnazione e monitoraggio degli obiettivi annuali	11.7.2.1 Definizione della procedura di assegnazione degli obiettivi al DG ASReM	31/12/2023 31/03/2024 31/03/2025	DCA	Si/NO		
	11.7.2.2 Monitoraggio sullo stato dell'arte degli obiettivi assegnati	30/06/2024	Report trimestrale	Si/NO		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						

11.8 Health Technology Assessment

La valutazione delle tecnologie sanitarie (**Health Technology Assessment - HTA**) è un processo multidisciplinare che sintetizza le informazioni sulle questioni cliniche, economiche, sociali ed etiche connesse all'uso di una tecnologia sanitaria, in modo sistematico, trasparente, imparziale e solido. Il suo obiettivo è contribuire all'individuazione di politiche sanitarie sicure, efficaci, incentrate sui pazienti e mirate a conseguire il miglior valore, per questo può essere definita come il ponte tra mondo della ricerca e del *policy making*.

Con "tecnologie sanitarie" non si intendono unicamente i mezzi tecnici e le apparecchiature biomedicali, bensì l'insieme dei presidi sanitari e farmacologici unitamente ai sistemi organizzativi che sottendono il sistema delle cure.

Le tecnologie oggetto di valutazione possono essere farmaci, dispositivi medici, vaccini, procedure e, più in generale, tutti i sistemi sviluppati per risolvere un problema di salute e migliorare la qualità della vita.

La valutazione delle tecnologie sanitarie può prendere in considerazione diversi aspetti (domini), che possono essere sia clinici (problema di salute e uso attuale della tecnologia, caratteristiche tecniche, sicurezza, efficacia clinica) sia non clinici (costi ed efficacia economica, analisi etica, aspetti organizzativi, aspetti sociali, aspetti legali). Dunque, tale processo permette di valutare l'efficacia delle tecnologie e dei percorsi terapeutici rispetto alla popolazione interessata senza tralasciare i costi di erogazione dei servizi. Ciò risulta estremamente rilevante in un contesto caratterizzato dalla crescente domanda di forme assistenziali innovative e ad alto contenuto tecnologico.

Attraverso il processo di HTA, le tecnologie sanitarie potranno alternativamente essere:

- rivalutate, in termini di efficacia, utilizzo ottimale, costi e implicazioni, in relazione alle alternative disponibili rispetto a quelle impiegate. Alternative non valutabili al momento della prima introduzione della tecnologia;
- dismesse.

A tale scopo il Patto per la Salute 2014-2016 e le Leggi di Stabilità 2015 e 2016 hanno delineato un nuovo modello istituzionale di cooperazione tra livello centrale e livello regionale per la ricerca di comportamenti atti a conseguire obiettivi di efficacia clinica, efficienza gestionale e sostenibilità dell'innovazione. In particolare, è stata quindi istituita una **Cabina di Regia (CdR)** che, mettendo insieme gli apporti del Ministero, delle Agenzie nazionali (AGENAS e AIFA) e delle Regioni, coordina le attività di Health Technology Assessment sviluppate a livello nazionale e locale.

La Cabina di Regia ha il compito di:

- individuare le priorità valutative di interesse nazionale, in coerenza con le linee guida europee;
- promuovere e coordinare attività di valutazione coerenti e non sovrapposte;
- validare indirizzi metodologici condivisi tra tutti gli attori;
- promuovere l'utilizzo e la diffusione delle valutazioni, verificando che ne derivino comportamenti virtuosi nelle politiche di investimento e disinvestimento.

Le proposte di valutazione delle tecnologie innovative possono essere avanzate anche dal Ministero della Salute, dalle Regioni e dalle Aziende Sanitarie, per il tramite delle Regioni, dei Professionisti del SSN, delle Società scientifiche, dei Produttori e dei Cittadini. Questi presentano la segnalazione attraverso un apposito Report, secondariamente l'AGENAS si occupa di effettuare una prima verifica al fine di predisporre la lista delle tecnologie da sottoporre a prioritizzazione, nonché quella delle tecnologie escluse. I Centri Collaborativi Regionali, inoltre, in relazione a specifiche esigenze, possono effettuare valutazioni delle tecnologie presenti nella lista delle segnalazioni non prioritizzate dalla CdR seguendo il Manuale delle Procedure AGENAS. In questa fase AGENAS fornisce supporto organizzativo. Tutte le valutazioni effettuate a livello regionale sono inizialmente trasmesse alla CdR che valuta se sottoporle ad Appraisal nazionale.

Ogni Centro Collaborativo Regionale può richiedere l'iscrizione all'Albo Nazionale dei Centri Collaborativi regionali e dei soggetti pubblici e privati disponibili a collaborare al **Programma Nazionale di HTA dei Dispositivi Medici**.

L'iscrizione, che ha durata di 3 anni, obbliga i Centri Collaborativi alla raccolta dei dati, all'effettuazione di survey, se richiesto, ed alla stesura di un protocollo per la valutazione che sarà reso pubblico.

La metodologia valutativa assume estrema rilevanza in quanto diversi requisiti (metodologici e procedurali) risultano indispensabili perché i risultati del giudizio di appropriatezza d'uso vengano riconosciuti legittimi. Il GdL "Rete Nazionale di Appraisal" ha infatti lo scopo di esprimere un giudizio motivato e strutturato in merito ai metodi e criteri utilizzati per l'individuazione di tecnologie da prioritizzare. Solo a seguito dell'Appraisal la CdR emette le raccomandazioni relative alle valutazioni delle tecnologie. Annualmente è valutato l'impatto delle attività di HTA al fine di produrre un piano strategico triennale.

Nell'ambito della programmazione 2023-2025, la Regione, tenuto conto degli interventi previsti in ambito tecnologico nel PNRR e finalizzati alla sostituzione delle alte tecnologie obsolete o fuori uso, intende attuare un Piano Regionale per l'HTA. Mediante tale programmazione, dunque, si provvederà al rinnovamento delle attrezzature ospedaliere ad alto contenuto tecnologico ricomprendenti: TAC, risonanze magnetiche, Acceleratori Lineari, Sistemi Radiologici Fissi, Angiografi, Gamma Camera, Gamma Camera/TAC, Mammografi, Ecotomografi di cui è stata valutata la ripartizione regionale da implementare.

Preliminarmente, al fine di garantire l'individuazione delle attrezzature obsolete o fuori uso, a partire dai dati NSIS, sarà avviata una ricognizione delle tecnologie installate presso le strutture ASReM, al fine di favorire:

1. la sostituzione di Alte Tecnologie in termini di acceleratori lineari, tomografi a risonanza magnetica e TC;
2. l'implementazione tecnologica di base al fine di potenziare l'assistenza territoriale con l'analisi di fabbisogni ambulatoriali multidisciplinari e di diagnostica di base;
3. l'implementazione di strumenti di ICT per l'implementazione dell'assistenza territoriale.

La Regione intende, inoltre, rimodulare il gruppo di lavoro tra Regione ed ASReM, costituito con DCA n. 39/2022, per governare le scelte a livello centrale e garantirne il coordinamento con le azioni poste in essere dall'ASReM, esercitando, al contempo, un adeguato monitoraggio sulle azioni a livello locale e favorendo l'attuazione di quanto programmato nel Piano Regionale HTA.

11.8.2 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 11.8.2 Monitoraggio ed implementazione di processi HTA

Azione 11.8.2.1 Piano di verifica e valutazione del parco tecnologico ASReM

Indicatore 11.8.2.1 Provvedimento ASReM

Azione 11.8.2.2 Monitoraggio delle apparecchiature installate al fine di valutarne il livello tecnologico e l'eventuale sostituzione

Indicatore 11.8.2.2 Report semestrale

Azione 11.8.2.3 Rimodulazione del gruppo di lavoro tematico di cui al DCA 39/2022

Indicatore 11.8.2.3 DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
11.8.2 Monitoraggio ed implementazione di processi HTA	11.8.2.1 Piano di verifica e valutazione del parco tecnologico ASReM	31/12/2024	Provvedimento ASReM	Si/No		
	11.8.2.2 Monitoraggio delle apparecchiature installate al fine di valutarne il livello tecnologico e l'eventuale sostituzione	30/06/2025	Report semestrale	Si/No		
	11.8.2.3 Rimodulazione del gruppo di lavoro tematico di cui al DCA 39/2022	30/06/2024	DCA	Si/No		
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						

11.9 Protocolli di intesa con le Università

I rapporti tra Regione e Università degli Studi del Molise sono stati regolati da un Protocollo di Intesa approvato con DCA n. 53/2017 ad oggetto *"Programma Operativo Straordinario 2015 - 2018. Programma 15 "Rapporto con le Università" - Azione 15.1.1 "Riconoscimento e revisione della regolamentazione dei rapporti con le Università"*. Approvazione Schema di Protocollo d'intesa tra Regione Molise e l'Università degli Studi del Molise per la disciplina dell'integrazione tra le attività didattiche, scientifiche ed assistenziali, che, pur richiamando integralmente il contenuto del D.lgs. n.517/99, ha tenuto conto della specificità della Regione Molise, regolamentando le modalità di collaborazione tra la Regione e l'Università per lo svolgimento delle attività integrate di didattica, ricerca ed assistenza nell'interesse congiunto della tutela della salute della collettività.

In particolare, il Protocollo di Intesa, pur considerando che in via ordinaria la collaborazione tra il Servizio Sanitario Regionale e le Università si realizza principalmente attraverso le Aziende Ospedaliere Universitarie, ha preso atto del fatto che, data la sussistenza di un Piano di Rientro richiedente necessariamente l'adozione di soluzioni atte a contenere i costi, ha soprasseduto alla costituzione di una Azienda Ospedaliera Universitaria, attivando, allo stesso modo, un assetto funzionale equiparabile, ai fini didattici, a quello di un'Azienda Ospedaliera Universitaria, e utilizzando, per quanto compatibili, le norme di cui al richiamato D.lgs. n.517/99.

A tal fine era stato individuato l'Ospedale Cardarelli di Campobasso come Presidio Ospedaliero di riferimento ai fini dell'integrazione assistenziale/didattica/scientifica. Il Presidio di Campobasso, come Hub regionale, presentava le caratteristiche multidisciplinari indispensabili per l'approccio didattico e di ricerca della moderna medicina.

Nel predetto Protocollo veniva specificato inoltre il numero complessivo di posti letto resi disponibili per l'integrazione tra attività didattica ed assistenziale ed altresì le unità operative ospedaliere a direzione universitaria e quelle a personale medico e sanitario non medico da attivare presso le strutture ASReM.

Nell'Intesa si definivano, altresì, allo scopo di una fattiva collaborazione tra Regione ed Università, la partecipazione dell'Ateneo alla programmazione sanitaria regionale, l'assetto istituzionale organizzativo, lo stato giuridico del personale e le attività di formazione e ricerca.

Con DCA n.13/2022 del 29 marzo 2022 recante “Prolungamento termini Protocollo d’intesa con l’Università degli studi del Molise per la disciplina dell’integrazione tra le attività didattiche, scientifiche ed assistenziali”, nelle more del completamento delle procedure di approvazione preventiva da parte del Ministero del nuovo Protocollo d’Intesa, è stato prorogato fino al 31 ottobre 2022 il termine di scadenza del Protocollo sottoscritto e adottato con DCA n.53/2017.

Il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell’Economia e delle Finanze, ha reso parere favorevole (MOLISE-DGPROGS-30/03/2022-0000037-P) sul nuovo Protocollo d’intesa con l’Università degli Studi del Molise per lo svolgimento delle attività integrate di didattica, ricerca ed assistenza e di conseguenza è stato adottato il DCA n. 33/2022 avente ad oggetto: “Protocollo d’intesa tra Regione Molise e Università degli Studi del Molise per la disciplina dell’integrazione tra le attività didattiche, scientifiche ed assistenziali. approvazione schema.”

Obiettivo della nuova programmazione è il rinnovo del Protocollo di Intesa e monitoraggio dello stato di attuazione.

11.9.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 11.9.1 Rideterminazione dei rapporti con l’Università

Azione 11.9.1.1: Monitoraggio dello stato di attuazione del protocollo d’intesa con l’università

Indicatore 11.9.1.1: Relazione annuale

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
11.9.1 Rideterminazione dei rapporti con l’Università	11.9.1.1 Monitoraggio dello stato di attuazione del protocollo d’intesa con l’università	31/12/2024	Relazione annuale			
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
Servizio Risorse Umane del SSR, Formazione, ECM						
Direzione Generale A.S.Re.M.						
UOC Risorse Umane ASREM						

12 Governance delle Aziende Sanitarie

L'azienda sanitaria regionale costituisce lo strumento tecnico operativo funzionale alla realizzazione delle finalità pubbliche di tutela e promozione della salute, assicurando il rispetto dei LEA. Pertanto, risulta cruciale lo sviluppo di un modello di *governance* che, tenuto conto della capacità produttiva aziendale e dei bisogni di salute espressi dall'utenza, sia orientato a perseguire obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità, garantendo un miglioramento continuo dell'assistenza.

La realizzazione di tali obiettivi di portata generale muove dall'attuazione di specifiche manovre ed interventi, oggetto della presente programmazione, per la cui predisposizione non si potrà prescindere da quanto già posto in essere, dai risultati raggiunti e degli scostamenti rilevati.

In tale ottica non può sottacersi che l'atto aziendale, quale strumento di autorganizzazione del funzionamento delle AA.SS.LL., è destinato inevitabilmente ad assumere un ruolo primario nella politica sanitaria, in quanto chiamato a tradurre in scelte concrete gli indirizzi di programmazione tracciati a livello nazionale e regionale.

Tuttavia, non può neppure ignorarsi che l'atto aziendale, pur nella discrezionalità riconosciuta al Direttore Generale, costituisce pur sempre uno strumento attuativo, con la conseguenza che nella sua stesura devono necessariamente essere considerati i principi contenuti negli atti di programmazione, sia nazionale che regionale.

L'eterogeneità delle fonti cui far riferimento è ancor più accentuata nelle regioni, come il Molise, in cui alle normali funzioni di programmazione facenti capo agli organi istituzionali si sovrappongono quelle "speciali" attribuite alla struttura commissariale.

12.1 Liste d'attesa

Il Servizio sanitario regionale si fonda su principi di equità ed universalità e assicura il conseguimento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) in maniera omogenea su tutto il territorio regionale, nonché garantisce la progressiva riduzione dei tempi di attesa nell'accesso alle prestazioni sanitarie.

A fronte della crescente domanda di servizi sanitari, sono ritenuti necessari interventi migliorativi riguardo l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni, nonché l'individuazione di bisogni e difficoltà che limitano l'accesso ai servizi.

A tal proposito, la Regione Molise con Decreto del Commissario ad Acta n. 46 del 29.04.2019 ha recepito il "*Piano Nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA)*" e definito le principali linee di intervento in materia di gestione dei tempi e delle liste di attesa con il "*Piano Regionale di Governo delle Liste di attesa*" (PRGLA) per il triennio 2019-2021. Quest'ultimo ha individuato le principali linee di intervento volte a incrementare il grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili a garanzia dell'equità d'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero. Successivamente in attuazione al suddetto DCA, ha fatto seguito il piano attuativo aziendale provvisorio (Determinazione del Direttore Generale di ASReM n. 945 del 07/08/2019). Con successivo DCA 44/2020 si è provveduto ad integrare il Piano regionale mediante la previsione di "*Linee guida per la gestione dell'offerta delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture private accreditate all'interno del Centro Unico di Prenotazione regionale (CUP)*".

Attuato il Piano Regionale di governo delle liste d'attesa permangono nel contesto regionale criticità connesse alla sua piena implementazione, con particolare riferimento all'operatività del CUP regionale. Il nuovo sistema di gestione delle agende di prenotazione-CUP unico regionale è stato attivato a partire dal 13/12/2021. La piattaforma è in corso di implementazione e consentirà il superamento dell'inadempienza rilevata dal Tavolo Tecnico, attraverso l'integrazione delle strutture private accreditate. Al momento alcune strutture hanno sottoscritto il protocollo d'intesa approvato con il DCA n.44/2020, e conferito le agende per l'avvio sperimentale ad eccezione delle due strutture a diretta gestione regionale.

In merito agli interventi straordinari per il recupero delle liste d'attesa, di cui al D.L. n. 104 del 14 agosto 2020 e ss.mm.ii, nella fase di progressivo ripristino delle attività sospese a seguito dell'emergenza da COVID-19, al fine di contenere i già lunghi tempi di accesso alle prestazioni, ulteriormente dilatati dall'emergenza sanitaria, la Regione ha adottato il "*Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa*" (DCA n.83/2020), provvedendo a trasferire ad ASReM le risorse appositamente stanziare (Determina del Direttore Generale per la Salute n. 137/2020). Con DCA n.2. del 31.01.2022 la Regione ha approvato il "Piano operativo per il recupero delle liste di attesa", predisposto dall'A.S.Re.M. ai sensi dell'art.1, comma 276 della legge n.234/2021 e dell'art.29 del D.L. n.104/2020. Con successivo DCA 15 del 28.04.2022 si è provveduto a modificare ed integrare il citato "Piano", tenuto conto dei rilievi ministeriali di cui alla nota MdS n.42777 del 07.03.2022, infine aggiornato con DCA n.34 del 21/10/2022. Successivamente con DCA n.41 del 18 ottobre 2023 avente ad oggetto "Iniziative per la riduzione delle liste di attesa. Approvazione schema di contratto per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale per l'abbattimento urgente dei tempi di attesa" integrato con successivo DCA n.46 del 31 ottobre 2023 sono state assegnate ad ASReM fondi previsti dalla legislazione vigente per la riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. Con DCA n. 65/2023 la Struttura Commissariale ha prorogato l'attività per l'abbattimento urgente dei tempi di attesa al 31/03/2024.

In coerenza con quanto sopra descritto, la Regione Molise intende garantire il governo della domanda nel completo rispetto dei principi di appropriatezza clinica e organizzativa assicurando così il potenziamento della gestione delle liste di attesa e il corretto utilizzo delle classi di priorità.

Il concetto di priorità, attualmente legato alla gestione delle prestazioni ambulatoriali e degli interventi chirurgici ambulatoriali programmati, è uno strumento finalizzato a rendere congrui i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni, differenziando gli accessi in relazione alla classe di priorità, e collocando il cittadino al centro del processo di cura attraverso lo strumento della presa in carico globale.

La tutela del diritto ad un pronto accesso alle prestazioni sanitarie nel rispetto dei criteri di equità, correttezza, appropriatezza ed efficienza è, infatti, l'obiettivo generale che la Regione Molise intende perseguire. A tal fine sono state predisposte una serie di azioni:

- Garantire una gestione coordinata delle liste di attesa sul territorio regionale;
- Gestire le domande di prestazioni sanitarie attraverso il ricorso appropriato alle prestazioni diagnostico – terapeutiche (appropriatezza prescrittiva);
- Assicurare un'efficiente gestione dei tempi di attesa.

La strategia di contenimento dei tempi di attesa che si intende implementare prevede l'accesso alle prestazioni sanitarie attraverso una gestione delle domande di prestazioni sanitarie basato su un ricorso appropriato alle prestazioni diagnostico – terapeutiche.

Al fine della definitiva sistematizzazione del CUP UNICO REGIONE MOLISE con Delibera del Direttore Generale ASREM n.736 del 11 ottobre 2023 è stata istituita la cabina di regia deputata al governo delle liste di attesa per la specialistica ambulatoriale.

Per ottemperare ai nuovi adempimenti scaturiti dal disposto dei DCA n. 41 e n. 46 del 2023, l'azienda sanitaria ha progressivamente attuato nel periodo ottobre-novembre 2023 la definitiva configurazione del CUP UNICO con le agende dei privati accreditati che hanno messo a disposizione agende per il recupero specifico delle liste di attesa presenti nel sistema di offerta pubblico. Il sistema CUP è stato configurato e si è proceduto a trasferire su dette disponibilità dei privati accreditati le prenotazioni incluse nella lista di attesa ASREM partendo dal gestire tutte quelle riferite alle 69 traccianti e in prima istanza le prestazioni Urgenti, a seguire le Brevi e le differite per poi passare alle Programmate.

Si è proceduto a potenziare il servizio di call center al fine di conseguire un contenimento immediato delle citate liste. Si è trattato in particolare di effettuare un cospicuo numero di anticipazioni nell'erogazione delle prestazioni "in attesa" conformemente al disposto del citato DCA 41/2023, che inevitabilmente ha comportato un aumento considerevole delle attività del call center regionale che ha continuato a lavorare sull'ordinario e ha aggredito secondo la metodologia descritta l'elenco delle prenotazioni in lista di attesa. I pazienti in lista sono stati contattati telefonicamente ed è stato proposto di anticipare la prestazione avvalendosi, all'uopo, della disponibilità offerta dai privati accreditati. Le attività

in parola dopo una prima fase organizzativa e di configurazione sono state condotte nel periodo novembre-dicembre 2023.

Le risultanze di tutto il lavoro svolto in tale periodo sono descritte nella tabella di sintesi seguente:

RECUPERO LISTE DI ATTESA - DATI IV TRIMESTRE 2023	
Totale prenotazioni per le quali sono stati contattati telefonicamente i pazienti	12.703
di cui prenotazioni per le quali l'utente non ha risposto alla telefonata	6.632
di cui prenotazioni per le quali l'utente ha disdetto l'appuntamento	296
di cui prenotazioni per le quali l'utente non ha accettato lo spostamento	4.304
di cui prenotazioni per le quali l'utente ha accettato lo spostamento	1.471

12.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 12.1.1 Garantire una gestione coordinata delle liste di attesa sul territorio regionale

Azione 12.1.1: Piena operatività del nuovo CUP regionale al fine di garantire la gestione coordinata delle liste di attesa per l'offerta delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate sia da strutture pubbliche che private

Indicatore 12.1.1 DCA

Obiettivo 12.1.2 Garantire il recupero delle prestazioni e l'efficienza nella gestione dei tempi di attesa legate all'emergenza (DCA n. 15/2022)

Azione 12.1.2.1 Recupero delle prestazioni di Specialistiche Ambulatoriali con abbattimento dei tempi di attesa: aggiornamento delle liste per tipologia di prestazione (prime visite e diagnostica; visite di controllo; eventuali prime visite prioritarie; altre prestazioni)

Indicatori 12.1.2.1 Verifica trimestrale dei tempi di Attesa delle prestazioni Ambulatoriali per prestazione ed unità operativa, da attuarsi mediante la piattaforma CUP regionale.

Azione 12.1.2.2: Recupero delle prestazioni di ricovero (classe di priorità B e D): aggiornamento delle liste di attesa per classe di priorità degli interventi

Indicatori 12.1.2.2 Verifica trimestrale dei tempi di Attesa delle prestazioni di ricovero per prestazione ed unità operativa

Azione 12.1.2.3: Recupero delle prestazioni di screening con miglioramento della performance

Indicatori 12.1.2.3 Verifica trimestrale delle prestazioni erogate per singola tipologia di screening

Obiettivo 12.1.3 Garantire il recupero delle prestazioni e l'efficienza nella gestione dei tempi di attesa

Azione 12.1.3.1 Ulteriori azioni per la riduzione dei tempi d'attesa

Indicatori 12.1.3.1 DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
12.1.1 Garantire una gestione coordinata delle liste di attesa sul territorio regionale	12.1.1 Piena operatività del nuovo CUP regionale al fine di garantire la gestione coordinata delle liste di attesa per l'offerta delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate sia da strutture pubbliche che private	30/06/2024	DCA	Si/no		
12.1.2 Garantire il recupero delle prestazioni e l'efficienza nella gestione dei tempi di attesa legate all'emergenza (DCA n. 15/2022)	12.1.2.1 Recupero delle prestazioni di Specialistiche Ambulatoriali con abbattimento dei tempi di attesa: aggiornamento delle liste per tipologia di prestazione (prime visite e diagnostica; visite di controllo; eventuali prime visite prioritarie; altre prestazioni)	31/03/2024	Verifica trimestrale dei tempi di Attesa delle prestazioni Ambulatoriali per prestazione ed unità operativa, da attuarsi mediante la piattaforma CUP regionale.	Si/no		
	12.1.2.2 Recupero delle prestazioni di ricovero (classe di priorità B e D): aggiornamento delle liste di attesa per classe di priorità degli interventi	31/03/2024	Verifica trimestrale dei tempi di Attesa delle prestazioni di ricovero per prestazione ed unità operativa	Si/no		
	12.1.2.3 Recupero delle prestazioni di screening con miglioramento della performance	31/12/2023	Verifica trimestrale delle prestazioni erogate per singola tipologia di screening	Si/no		
12.1.3 Garantire il recupero delle prestazioni e l'efficienza nella gestione dei tempi di attesa	12.1.3.1.Ulteriori azioni per la riduzione dei tempi d'attesa	30/09/2024	DCA	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
Servizio Programmazione della Rete Ospedaliera e dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale						
Direzione Generale A.S.Re.M.						

12.2 Controllo cartelle cliniche

Il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 in materia di *“Riordino delle discipline in materia sanitaria”* individua la cartella clinica come uno strumento per la valutazione del rispetto dei principi di efficienza e di efficacia delle prestazioni, delle modalità di erogazione delle stesse, di controllo della qualità delle cure, di monitoraggio della spesa sanitaria e, quindi, della tutela della salute pubblica.

La qualità della documentazione sanitaria rappresenta il presupposto imprescindibile per il perseguimento della qualità e della sicurezza delle cure.

La normativa nazionale, nel rispetto degli adempimenti per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA), prevede che ogni Regione debba verificare l'appropriatezza delle prestazioni e la qualità della documentazione sanitaria effettuando controlli analitici sulle Cartelle Cliniche e relative Schede di Dimissione Ospedaliera:

- controllo almeno sul 10% dei ricoveri effettuati (selezione casuale del campione);
- controllo sulla totalità delle prestazioni considerate a rischio di inappropriatezza.

La SDO costituisce parte integrante della Cartella Clinica e le informazioni in essa contenute devono essere coerenti ad essa, in quanto:

- consentono, tramite l'archivio informatico e il relativo flusso, il monitoraggio e la valutazione delle performance delle strutture pubbliche e private accreditate;
- rappresentano il presupposto per il rimborso delle prestazioni di ricovero tramite i relativi DRG;
- minimizzano comportamenti opportunistici da parte degli erogatori pubblici o privati.

La Regione Molise ha organizzato un sistema di controlli esterni fornendo a tutti gli enti del Servizio Sanitario Regionale linee di indirizzo per le attività di controllo analitico delle Cartelle Cliniche con l'obiettivo di definire principi generali da applicare omogeneamente a tutti i soggetti committenti ed erogatori di prestazioni del SSR.

Il sistema regionale dei controlli così disciplinato consente di:

- rilevare, sui ricoveri erogati dalle strutture pubbliche e private, gli eventuali fenomeni di inappropriatezza (ad es. incoerenza tra SDO e cartella clinica e/o inappropriatezze organizzative);
- recuperare le eventuali somme di rimborsi non dovuti, tramite la rideterminazione delle tariffe degli eventuali ricoveri non conformi;
- implementare le azioni di miglioramento, tramite attività di auditing specifico che le Strutture intraprendono sulla base delle non conformità emerse.

Tenuto conto delle disposizioni normative e del contesto regionale, nella programmazione 2023-2025 la Regione Molise intende realizzare uno strumento di gestione, analisi e controllo qualitativo del flusso dei ricoveri (SDO) e della Specialistica Ambulatoriale. Mediante tale strumento la Regione intende reingegnerizzare l'attività dei controlli, introducendo un nuovo modello informatizzato in grado di garantire la tempestività delle verifiche sugli erogatori.

Nello specifico il progetto sarà finalizzato a :

- razionalizzare ed uniformare i processi esistenti;
- diffondere e supportare la cultura dell'appropriatezza;
- migliorare ed efficientare la qualità del dato e dei servizi erogati.

Il progetto prevede l'adozione di un software dedicato, articolato nei seguenti moduli:

- suite dedicata al governo dei ricoveri, al cui interno è prevista l'implementazione di un modulo specifico dedicato al campionamento ed alla verifica del controllo qualitativo del dato SDO. A seguito del campionamento i dati saranno messi a disposizione dell'ASReM remotamente per le operazioni di consultazione e registrazione degli esiti, nel rispetto delle disposizioni di legge sul trattamento dei dati sensibili;
- suite dedicata per l'ASReM per la validazione logico-formale del flusso trasmesso dagli erogatori e, mediante il collegamento al database regionale, alle operazioni di consultazione e registrazione degli esiti della verifica delle SDO campionate. Al suo interno è prevista l'implementazione di un modulo per l'autocontrollo che consenta, contestualmente alla trasmissione del dato in Regione, di produrre la lista delle SDO da inviare agli erogatori pubblici per l'autocontrollo nella percentuale prevista dalle regole ministeriali;
- software per la gestione del flusso della Specialistica Ambulatoriale, integrato con i moduli SDO, per consentire le attività di analisi incrociata delle prestazioni. Il modulo è finalizzato alla gestione del flusso C, al controllo dei requisiti logico formali, all'analisi della produzione ed alla valutazione dell'appropriatezza prescrittiva;
- strumento di supporto per il medico per la corretta compilazione della scheda SDO.

La Regione si pone l'obiettivo di intervenire sulle diverse fasi procedurali connesse alle attività di gestione, analisi e controllo dei ricoveri ospedalieri e delle prestazioni ambulatoriali, dalla trasmissione ed acquisizione del flusso informativo, alla produzione dei report susseguenti alle attività di analisi e monitoraggio dei dati, come sinteticamente rappresentato nella figura seguente.

12.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 12.2.1: Miglioramento qualitativo e di governance delle Cartelle Cliniche

Azione 12.2.1.1 Reingegnerizzare l'attività dei controlli, introducendo un nuovo modello informatizzato

Indicatore 12.2.1.1 Relazione

Azione 12.2.1.2 Implementazione di azioni di miglioramento, tramite attività di auditing specifico che le aziende intraprendono sulla base delle non conformità emerse

Indicatore 12.2.1.2 Report trimestrale

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
12.2.1 Miglioramento qualitativo e di governance delle Cartelle Cliniche	12.2.1.1 Reingegnerizzare l'attività dei controlli, introducendo un nuovo modello informatizzato	31/12/2023	Relazione	Si/no		
	12.2.1.2 Implementazione di azioni di miglioramento, tramite attività di auditing specifico che le aziende intraprendono sulla base delle non conformità emerse	31/12/2024	Report trimestrale	Numero di audit finalizzati al miglioramento qualitativo e di governance delle Cartelle Cliniche		
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute						
Servizio Livelli Massimi di Finanziamento e dell'Integrazione Socio-Sanitaria						
DG ASReM						

12.3 Sicurezza e rischio clinico

La sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico sono punti critici per tutti i sistemi sanitari. I dati della letteratura scientifica internazionale evidenziano una reale emergenza riguardo errori ed eventi avversi in sanità, che comporta costi sanitari ed economico-finanziari.

La gestione e riduzione dei rischi e degli errori avviene attraverso strategie di governo clinico. Questo rappresenta da tempo lo strumento base per l'ammodernamento del SSN attraverso un coinvolgimento diretto dei professionisti sanitari, i quali devono essere maggiormente partecipi nelle scelte strategiche aziendali, nella promozione della qualità e nella verifica dei risultati e, al contempo, co-responsabili della prevenzione degli errori e delle condotte incongrue non in linea con i principi di appropriatezza e qualità.

Tra gli scopi del governo clinico, è, pertanto, quello di contribuire a ridurre la frequenza degli errori professionali e dei danni ai pazienti, limitando le possibili rivendicazioni e i costi da questi derivati in termini assicurativi e/o risarcitori.

Il modello di *clinical governance*, quindi delinea la cornice strategica entro cui declinare operativamente alcuni strumenti a servizio dell'appropriatezza tra cui, in particolare, il *risk management*.

Per quanto concerne la Regione Molise, questo percorso si è avviato formalmente con l'emanazione del DCA 61 del 15.11.2016 - Programma Operativo Straordinario 2015-2018, adempimento 14 "Azioni di governo clinico e riduzione

del rischio clinico”. Questo ha previsto l’elaborazione del Piano di Risk Management che si è arricchito annualmente di innovazioni ed implementazioni ricomprese all’interno della più ampia politica per la qualità del SSR.

Gli obiettivi posti dal POS 2015-2018, per quanto concerne il *risk management*, sono stati quasi completamente raggiunti.

Sulla base di quanto rendicontato con nota A.S.Re.M. prot. n. 25201 del 04.03.2022, risultano implementate tutte le 18 raccomandazioni ministeriali applicabili. Dai monitoraggi, infatti, risulta implementato almeno l’80% delle 18 Raccomandazioni Ministeriali (fra quelle applicabili alla propria realtà).

È inoltre stato completato il “PIANO FORMATIVO AZIENDALE ANNO 2020, confermato nel 2021” (Determina del DG Salute n. 17 del 20 /01 /2016), con Provvedimento del Direttore Generale N. 44 del 14-01-2020 che ha assicurato la formazione del personale delle strutture sanitarie e socioassistenziali e del personale amministrativo di supporto su tematiche di sicurezza del paziente in coerenza con i bisogni di formazione e le loro responsabilità in termini di sicurezza. È dunque prevista la nuova adozione del Piano Formativo di Risk Management per il triennio 2023-2025 allo scopo di promuovere ed aggiornare la formazione continua degli operatori sanitari coinvolti.

Con Determina del Direttore generale per la Salute n. 148 del 27 luglio 2017 è stato istituito ai sensi del comma 4 dell’art. 2 della L. 08/03/2017, n. 24 (“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”), il “Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente”, con compiti:

- Raccolta dei dati regionali sui rischi, eventi avversi e sul contenzioso: trasmissione dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale;
- Coordinamento delle iniziative per la sicurezza del paziente nel sistema sanitario regionale;
- Monitoraggio e implementazione di tutte le azioni correlate agli adempimenti LEA in tema di rischio clinico;
- Analisi degli eventi sentinella attraverso l’implementazione della “Procedura per la Segnalazione degli Eventi Avversi, degli Eventi Indesiderati (con o senza danno) e degli Eventi Sentinella” (Prot. Regionale n. 42400 del 14/4/2016);
- Individuazione delle buone pratiche cliniche ai fini della sicurezza del paziente.

Riguardo la “Trasparenza” la Legge 24/2017 – all’articolo 2 e all’articolo 5 – prevede per tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie la pubblicazione sul proprio sito internet di:

- Una Relazione Annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatesi all’interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l’evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto (art. 2);
- L’importo dei risarcimenti erogati (il liquidato annuo) relativamente alle richieste di risarcimento in ambito di *Risk Management*, con riferimento all’ultimo quinquennio.

Tuttavia, la pubblicazione di suddetti dati e documenti risulta avviata ma incompleta.

Successivamente, con la Determinazione del Direttore Generale per la Salute n. 27 del 23/03/2022, avente ad oggetto la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente è stata modificata la composizione del “Centro” includendovi i *risk managers* delle Strutture sanitarie ospedaliere Gemelli Molise S.p.A. e Neuromed S.r.l. e nominando coordinatore il referente regionale per il rischio clinico. Inoltre, sono stati meglio specificati i compiti del “Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente”. Le competenze, difatti, sono comunque quelle individuate dalla normativa (L. 24/2017) ma, in linea con il documento redatto dalla Sub Area Rischio clinico approvato dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e Province autonome del 2/02/2019, possono comprendere le seguenti attività:

- Supporto al Referente regionale del rischio clinico;
- Esercizio di funzioni di indirizzo e monitoraggio sulla tematica della sicurezza delle cure;
- Definizione di obiettivi annuali coerenti con le politiche regionali e condivisi con i soggetti responsabili;

- Sostegno agli operatori sanitari nell'attuazione delle indicazioni regionali e nelle azioni per la riduzione dei rischi;
- Promozione dell'implementazione delle Raccomandazioni e la diffusione e promozione di Buone Pratiche per la sicurezza delle cure;
- Promozione di sinergie tra i coordinatori dell'attività di gestione del rischio sanitario delle organizzazioni sanitarie, al fine di favorire una omogenea applicazione delle indicazioni nazionali e regionali;
- Gestione del flusso informativo SIMES relativo alla segnalazione degli eventi sentinella e alla registrazione dei sinistri, garantendo supporto all'analisi dei dati del contenzioso;
- Messa a regime in tutte le strutture del sistema di segnalazione degli incidenti;
- Effettuazione di analisi dei casi e dei relativi feedback;
- Individuazione delle fonti informative funzionali ad assicurare l'armonizzazione, il consolidamento e lo sviluppo delle funzioni regionali di monitoraggio epidemiologico, prevenzione e gestione dei rischi;
- Raccolta dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private dei dati regionali relativi ai rischi, agli eventi avversi e agli eventi sentinella, nonché agli eventi senza danno, i dati relativi alle tipologie dei sinistri, alle cause, all'entità e alla frequenza e all'onere finanziario del contenzioso, al fine della trasmissione all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, secondo modalità e procedure stabilite dal regolamento dell'Osservatorio nazionale;
- Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ai fini della garanzia dei relativi Livelli Essenziali di Assistenza (questionario LEA);
- Supporto alla ricerca e lo sviluppo di innovazioni riguardo al tema della sicurezza delle cure;
- Cura dei rapporti con i cittadini sul tema, attraverso la relazione con i loro organismi di rappresentanza;
- Presenza e la rappresentanza regionale sul tema nei contesti istituzionali di ambito regionale e nazionale.

Suddette attività sono da svolgersi in accordo con le competenze e professionalità dei membri del Centro e in collaborazione con le strutture dell'A.S.Re.M. competenti in materia di rischio clinico.

Si rilevano inoltre criticità in termini di reporting di dati clinici, a tale fine risulta rilevante il miglioramento in termini di qualità, coerenza e completezza dei dati e delle informazioni inserite nei diversi sistemi informativi; pertanto, si prevede nell'attuale cornice programmatoria lo sviluppo completo e definito di:

- Sistemi di *Incident Reporting* per le segnalazioni di eventi o quasi eventi (Near miss) e di Eventi Sentinella in SIMES⁸, compilando correttamente e nei tempi previsti la scheda A (5 gg.) e la scheda B (45 gg.);
- Trigger Materni e Fetal (Flusso CedaP): dal 2016, a seguito della messa a punto della sessione "Eventi da Segnalare" nell'ambito del CedaP, è richiesto a tutti i Punti Nascita di segnalare gli eventi materni e fetal "Trigger" occorsi in ambito Ostetrico;
- Buone Pratiche (sito Agenas): nel secondo semestre di ogni anno Agenas promuove la Call delle Buone pratiche per la raccolta e diffusione delle esperienze aziendali cliniche o di Risk Management. Le esperienze sono successivamente validate dal gruppo di lavoro regionale.

12.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 12.3.1 Potenziamento del Risk Management attraverso la programmazione e pianificazione finalizzata alla riduzione di errori ed eventi avversi

Azione 12.3.1.1 Adozione del Piano Formativo di Risk Management per il triennio 2023-2025

Indicatore 12.3.1.1 Provvedimento ASReM

Azione 12.3.1.2: Produzione e pubblicazione di una Relazione Annuale consuntiva

Indicatore 12.3.1.2: Relazione annuale ASReM

⁸ Eventi Sentinella (SIMES): con D.M. 11.12.2009 è stato istituito il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) per la raccolta di ogni Evento Sentinella: "Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al

Obiettivo 12.3.2 Favorire la segnalazione e analisi eventi sentinella attraverso il flusso SIMES

Azione 12.3.2.1: Istituzione di un Gruppo di Lavoro composto dai referenti aziendali di gestione del rischio clinico per analizzare la situazione attuale, identificare criticità e proposte di miglioramento

Indicatore 12.3.2.1: DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO					
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Impatto Economico	Indicatore NSG
12.3.1 Potenziamento del risk management attraverso la programmazione e pianificazione finalizzata alla riduzione di errori ed eventi avversi	12.3.1.1. Adozione del Piano Formativo di Risk Management per il triennio 2023-2025	31/12/2023	Provvedimento ASReM		
	12.3.1.2 Produzione e pubblicazione di una Relazione Annuale consuntiva	31/12/2023	Relazione annuale ASReM		
12.3.2 Favorire la segnalazione e analisi eventi sentinella attraverso il flusso SIMES	12.3.2.1. Istituzione di un Gruppo di Lavoro composto dai referenti aziendali di gestione del rischio clinico per analizzare la situazione attuale, identificare criticità e proposte di miglioramento	31/03/2024	DCA		Si/No
Responsabile del procedimento attuativo					
DG ASReM Direzione Generale per la Salute					

12.4 Atti aziendali e Piani attuativi territoriali

L'atto aziendale è lo strumento strategico che definisce l'assetto organizzativo dell'unica Azienda Sanitaria regionale del Molise.

Attraverso l'Atto è rappresentato il modello organizzativo di risposta ai bisogni di salute della popolazione molisana di cui l'A.S.Re.M. si dota. È lo strumento per la completa definizione dell'organizzazione aziendale, secondo un'ottica di autonomia gestionale finalizzata al raggiungimento degli obiettivi fissati dalla Regione Molise e dalle regole del Servizio Sanitario regionale.

L'attuale Atto Aziendale dell'A.S.Re.M. scaturisce dalla precedente programmazione 2015 – 2018, ed è stato approvato con provvedimento della Direzione A.S.Re.M. n. 301 del 27 marzo 2018 e ratificato con DCA n. 39 dell'11 aprile 2018, oltre che con successivo provvedimento della Direzione A.S.Re.M. n.217 dell'8 marzo 2021.

Lo stesso Atto Aziendale vigente è stato successivamente modificato a stralcio ad invarianza del numero complessivo di 62 SS.CC. attivabili previste dal DCA n. 39/2018.

Sulla scorta del Programma Operativo 2023 – 2025, l'ASReM procederà all'adozione di un nuovo atto aziendale conforme all'assetto organizzativo delineato nel suddetto atto programmatico.

Attualmente non risultano adottate da parte di ASReM i PAT dei singoli distretti. Obiettivo del prossimo triennio 2023-2025 è l'adozione di iniziative volte a favorire l'approvazione dei su indicati piani territoriali.

In merito alle azioni previste dal precedente Programma Operativo 2019 – 2021, e più specificatamente quelli riferibili al **punto 18 - Comunicazione e governance del Piano/18.1. Redazione del Piano di comunicazione aziendale**, si riprogramma tale attività all'interno del nuovo Atto Aziendale.

Il Piano di Comunicazione, così come previsto dal PO 2019/2021, dovrà essere allegato all'Atto Aziendale e dovrà indicare la pianificazione parallela all'Atto delle attività di comunicazione, con particolare riferimento ai nuovi Servizi

attivati dal PNRR (Ospedali e Case di Comunità, COT, nuovo FSE), in cui verranno sviluppate le politiche di comunicazione aziendale in linea con il presente Programma Operativo.

12.4.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 12.4.1: Approvazione del nuovo Atto Aziendale

Azione 12.4.1.1: Approvazione del nuovo Atto Aziendale

Indicatore 12.4.1.1 DCA

Obiettivo 12.4.2: Approvazione PAT distrettuali

Azione 12.4.2.1: Approvazione PAT distrettuali

Indicatore 12.4.2.1 Provvedimento ASReM

Obiettivo 12.4.3: Redazione del Piano di comunicazione aziendale

Azione 12.4.3.1: Redazione del Piano di comunicazione aziendale

Indicatore 12.4.3.1 Provvedimento ASReM

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Impatto Economico	Indicatore NSG	Indicatori di performance
12.4.1.Approvazione del nuovo Atto Aziendale	12.4.1.1 Approvazione e del nuovo Atto Aziendale	30/06/2024	DCA			
12.4.2. Approvazione PAT distrettuali	12.4.2.1 Approvazione PAT distrettuali	31/12/2024	Provvedimento ASReM			
12.4.3.Redazione del Piano di comunicazione aziendale	12.4.3.1 Redazione del Piano di comunicazione aziendale	30/06/2024	Provvedimento ASReM			
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute						
DG ASReM						

12.5 Attività libero professionale intramuraria (ALPI)

La libera professione intramuraria è lo strumento ideato dal legislatore per garantire e tutelare il diritto dell'utente alla scelta fiduciaria del medico, valorizzando al contempo, il ruolo dei professionisti e il loro patrimonio di capacità, conoscenze e esperienza.

La legge 3 agosto 2007, n. 120 e il decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni, dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189 hanno contribuito ad arricchire e consolidare le regole di sistema, potenziando il quadro d'azione, gli strumenti e le procedure di gestione dell'attività libero-professionale intramuraria.

Oltre alle citate riforme, è necessario considerare anche le indicazioni formulate da Stato e Regioni/Province Autonome, che hanno contribuito a coordinarne l'attuazione, in particolare con gli Accordi del 18 novembre 2010, concernente l'attività libero-professionale dei dirigenti medici, sanitari e veterinari del Servizio Sanitario Nazionale (Rep. Atti n. 198/CSR) e del 19 febbraio 2015, in merito ai criteri per la verifica del programma sperimentale per lo svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria presso gli studi professionali collegati in rete (Rep. Atti n. 19/CSR).

In considerazione della complessità del fenomeno lo Stato, ha ampliato il controllo con ulteriori prospettive di analisi e piani di studio, quali:

- gli aspetti economico-finanziari connessi all'esercizio della libera professione intramuraria, con un approfondimento sul numero di dirigenti medici che hanno optato per il rapporto di esclusività, sulla quantificazione della corrispondente indennità, sui dati relativi alla spesa per i cittadini e ai costi e ricavi delle Aziende.
- i volumi di attività e i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali traccianti (previste da PNGLA 2019-2021) erogate in regime libero-professionale.

Con Delibera di Giunta Regionale n. 353 del 15 Luglio 2015 avente ad oggetto "Art.1, comma 4 della legge 3 agosto 2007 n.120 "Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria" come modificato dal D.L.N. 158 del 13/9/2012. Approvazione "Linee Guida per l'esercizio della libera professione intramuraria della Regione Molise" sono state adottate le linee guida sulle modalità di gestione dell'attività libero-professionale intramuraria, successivamente all'entrata in vigore del decreto-legge 13 settembre 2012, N. 158 convertito, con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

Con Delibera di Giunta Regionale n.218 del 02/07/2020 avente ad oggetto "ART. 3, COMMA 3, Dell'Accordo sancito in Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento E di Bolzano in data 18 novembre 2010, concernente L'attività Libero - Professionale dei Dirigenti Medici, sanitari e veterinari del Servizio Sanitario Nazionale. (REP. ATTI N. 198/CSR). - ORGANISMO PARITETICO REGIONALE PER L'A.L.P.I. PROVVEDIMENTI"- DPGR N. 90 DEL 07.10.2020: nomina componenti. – è stato istituito l'Organismo Paritetico regionale per l'Alpi con il compito di stabilire le modalità di verifica dello svolgimento dell'attività libero professionale e dell'insorgenza del conflitto di interessi o di situazioni che comunque implicino forme di concorrenza sleale, determinando le relative misure sanzionatorie. L'Organismo si è insediato in data 28/06/2021.

La disponibilità degli spazi per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria è stata più volte oggetto di interventi da parte del legislatore in quanto rappresenta un elemento fondamentale del sistema di gestione del fenomeno.

In particolare, il decreto-legge n. 158/2012 come modificato dalla legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189, ha richiesto alle Aziende di effettuare una ricognizione straordinaria degli spazi disponibili, e la conseguente predisposizione di una specifica valutazione dei volumi delle prestazioni rese, al fine di analizzare più dettagliatamente l'entità del fenomeno e pianificare, ove necessario, il ricorso all'acquisizione di spazi esterni.

La ASREM ha garantito a tutti i dirigenti medici spazi idonei e sufficienti per l'esercizio della libera professione intramuraria .

L'articolato dell'ultima riforma prevede, tra le misure dirette a garantire maggiore efficienza e trasparenza dei sistemi di gestione, la necessaria tracciabilità delle corresponsioni. Secondo le nuove disposizioni il pagamento delle prestazioni, di qualsiasi importo, deve essere corrisposto direttamente al competente Ente o Azienda del Servizio sanitario nazionale, attraverso l'utilizzo di mezzi di pagamento che ne assicurino la tracciabilità. La Regione Molise risulta adempiente alla norma in quanto i pagamenti vengono effettuati tramite sportelli CUP aziendali. L'imminente attivazione dei nuovi sistemi informatizzati di prenotazione da parte del cittadino (APP e Portale) che saranno consentiti dalla messa in esercizio del nuovo Sistema di gestione delle agende di prenotazione – CUP Unico regionale, permetteranno di effettuare il pagamento anche attraverso Pago PA , a garanzia della tracciabilità delle transazioni.

La Regione risulta adempiente anche in merito agli adempimenti correlati alla trattenuta del 5% del compenso del professionista ed alla attivazione di un sistema di contabilità separata, oltre che all'implementazione delle attività di controllo del progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni in attività istituzionale e libero professionale.

Rispetto alla definizione annuale dei volumi di attività istituzionale ed alla determinazione dei volumi di attività libero-professionale la Regione risulta inadempiente.

La messa a regime del nuovo Sistema di CUP Unico Regionale, permetterà di superare le criticità per le quali la Regione risulta ancora inadempiente garantendo altresì la possibilità di gestire le prestazioni aggiuntive (di cui all'articolo 55, comma 2, del CCNL 8 giugno 2000) ovvero le prestazioni richieste in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, dalle Aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa, soprattutto in presenza di carenza di organico ed impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge che sino ad ora non è stato possibile programmare.

La Regione Molise ha realizzato un miglioramento rispetto agli indicatori regionali, con il raggiungimento della piena adempienza sui 3 indicatori:

- R1.1: Individuazione delle misure dirette ad assicurare, in accordo con le organizzazioni sindacali, il passaggio al regime ordinario dell'attività libero-professionale;
- R2.1: Emanazione/aggiornamento linee guida regionali.
- R4.1: Istituzione di appositi organismi paritetici con le organizzazioni sindacali e la partecipazione delle organizzazioni rappresentative degli utenti e di tutela dei diritti.

Scendendo a livello di governo aziendale è stato possibile osservare quanto segue:

- la piena adempienza di 6 indicatori:

A4.3: Pagamento delle prestazioni direttamente all'Azienda tramite mezzi di pagamento che assicurino la tracciabilità;
A4.4: Definizione degli importi da corrispondere a cura dell'assistito;
A4.5: Trattenuta dal compenso dei professionisti di una somma pari al 5%;
A4.7: Svolgimento di attività di controllo relative al progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni;
A4.8: Adozione di misure dirette a prevenire l'insorgenza di conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale;
A5.4: Costituzione di appositi organismi paritetici di verifica e controllo;
- l'inadempimento di 3 indicatori:

A4.1: Attivazione dell'infrastruttura di rete;
A5.1: Definizione annuale dei volumi di attività istituzionale;
A5.2: Determinazione dei volumi di attività libero-professionale.

Nel corso del quinquennio di riferimento la Regione Molise ha mostrato un trend positivo (nel 2013 il livello di adempienza si attestava poco sopra il 30%) raggiungendo il 75% di adempienza.

12.5.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 12.5.1: Definizione annuale dei volumi di attività istituzionale e determinazione dei volumi di attività libero-professionale

Azione 12.5.1.1: Definizione annuale dei volumi di attività istituzionale

Indicatore 12.5.1.1 Provvedimento ASReM

Azione 12.5.1.2: Determinazione dei volumi di attività libero-professionale

Indicatore 12.5.1.2 Provvedimento ASReM

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Impatto Economico	Indicatore NSG	Indicatori di performance
12.5.1 Definizione annuale dei volumi di attività istituzionale e determinazione dei volumi di attività libero-professionale	12.5.1.1 Definizione annuale dei volumi di attività istituzionale	31/03/2024	Provvedimento ASReM			
	12.5.1.2 Determinazione dei volumi di attività libero-professionale	31/03/2024	Provvedimento ASReM			
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute						
A.S.Re.M.						

13 Mobilità Sanitaria

Il Molise è una delle regioni italiane con il più alto numero di mobilità sanitaria; mobilità che si caratterizza per numeri di ricoveri e valori medi di produzione in mobilità attiva maggiori rispetto alla mobilità passiva, come rappresentato nelle seguenti tabelle:

ATTIVA	Casi	Valori	Percentuale
	2022		
Campania	6.404	31.321.976,85	
PUBBLICO	955	3.235.802,35	14,91%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	5.449	28.086.174,50	85,09%
Lazio	2.537	11.788.783,18	
PUBBLICO	251	906.497,40	9,89%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	2.286	10.882.285,78	90,11%
Puglia	1.257	5.336.896,19	
PUBBLICO	430	1.262.890,09	34,21%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	827	4.074.006,10	65,79%
Abruzzo	1.067	4.822.278,76	
PUBBLICO	387	935.736,10	36,27%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	680	3.886.542,66	63,73%
Altre Regioni	719	3.373.009,98	
PUBBLICO	203	641.103,00	28,23%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	516	2.731.906,98	71,77%
Totale Complessivo	11.984	56.642.944,96	
PUBBLICO	2.226	6.982.028,94	18,57%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	9.758	49.660.916,02	81,43%

PASSIVA	Casi	Valori	Percentuale
	2022		
Abruzzo	3.802	13.609.574,27	
PUBBLICO	2.925	9.662.553,11	76,93%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	877	3.947.021,16	23,07%
Lazio	2.890	10.286.393,95	
PUBBLICO	730	2.993.884,54	25,26%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	2.160	7.292.509,41	74,74%
Puglia	1.242	7.446.844,26	
PUBBLICO	229	940.759,44	18,44%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	1.013	6.506.084,82	81,56%
Emilia Romagna	997	4.989.113,59	
PUBBLICO	569	2.862.840,63	57,07%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	428	2.126.272,96	42,93%
Altre Regioni	3.395	14.340.511,44	
PUBBLICO	1.687	5.998.231,71	49,69%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	1.708	8.342.279,72	50,31%
Totale Complessivo	12.326	50.672.437,51	
PUBBLICO	6.140	22.458.269,43	49,81%
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	6.186	28.214.168,07	50,19%

13.1 Governo della mobilità extraregionale

L'andamento e la natura della mobilità interregionale e di conseguenza il valore economico delle prestazioni erogate in mobilità passiva dipende strettamente dal tipo di DRG.

La ridotta attrattività delle strutture sanitarie pubbliche regionali che costituisce la principale criticità è legata soprattutto ad una forte contrazione del personale sanitario con conseguente impossibilità di garantire l'assorbimento della domanda sanitaria anche per quelle prestazioni a bassa e media complessità.

La Struttura Commissariale si propone come obiettivo primario un potenziamento della dotazione organica del personale sanitario e un'implementazione delle dotazioni tecnologiche delle strutture sanitarie pubbliche.

13.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 13.1.1 Migliorare l'efficienza delle strutture pubbliche anche al fine di aumentarne l'attrattività

Azione 13.1.1.1 Potenziamento delle dotazioni tecnologiche

Indicatore 13.1.1.1 Provvedimento ASReM

Azione 13.1.1.2 Potenziamento del personale sanitario

Indicatore 13.1.1.2 Relazione ASReM

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
13.1.1 Migliorare l'efficienza delle strutture pubbliche anche al fine di aumentarne l'attrattività	13.1.1.1 Potenziamento delle dotazioni tecnologiche	30/06/2024	Provvedimento ASReM	Si/no		
	13.1.1.2 Potenziamento del personale sanitario	31/03/2024	Relazione ASReM	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute						
DG ASReM						

13.2 Accordi interregionali in materia di mobilità sanitaria

Come noto, il principale strumento individuato dal legislatore per il governo della mobilità è rappresentato dagli accordi di confine.

La difficoltà di definire accordi sulla mobilità costituisce una criticità registrata a livello tanto che nel luglio 2021 il Ministero della Salute si è fatto promotore di un tavolo intraregionale teso a superare le difficoltà registrate.

Con invio SIVEAS n. 87/2023 è stata trasmessa per la preventiva validazione la proposta di accordo per la gestione della mobilità sanitaria (art. 1, comma 576 della Legge 28 dicembre 2015 n. 28 – Legge di Stabilità 2016).

La Regione ha inoltre avviato le procedure per la definizione degli accordi di confine attraverso un primo incontro tenutosi presso l'Assessorato alla Salute della Regione Abruzzo.

La Struttura Commissariale della Regione Molise, con nota Prot. 186271/2023 del 28 dicembre 2023, ha istituito un Tavolo di Lavoro, deputato alla predisposizione ed al coordinamento di attività finalizzate alla stipula degli Accordi di Confine per il governo della mobilità sanitaria interregionale con le Regioni interessate anche con il coinvolgimento dell'Agenas.

Obiettivo dunque della programmazione regionale è la stipula degli accordi di confine.

13.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 13.2.1 Sottoscrizione dei contratti interregionali bilaterali in materia di mobilità sanitaria

Azione 13.2.1.1 Avvio delle trattative per la stipula degli accordi bilaterali per il governo della mobilità

Indicatore 13.2.1.1 Relazione della Struttura Commissariale

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
13.2.1 Sottoscrizione dei contratti interregionali bilaterali in materia di mobilità sanitaria	13.2.1.1 Avvio delle trattative per la stipula degli accordi bilaterali per il governo della mobilità	31/03/2024	Relazione della Struttura Commissariale			
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute						

14 Contabilità analitica, PAC, trasferimenti e pagamenti

Nelle precedenti programmazioni la Regione Molise, tenuto conto della normativa pro tempore vigente, è intervenuta introducendo azioni volte al perseguimento del ben più ampio obiettivo di riequilibrio economico-finanziario del SSR.

Con riferimento a quanto programmato nel POS 2015-2018, si è agito intervenendo principalmente su due categorie di azioni:

- l'applicazione della normativa nazionale vigente in materia di riduzione della spesa e delle disposizioni per le regioni in piano di rientro;
- il riordino strutturale del SSR.

Tra i Programmi relativi alla prima categoria e quindi alle azioni previste in ottemperanza alle normative vigenti si rilevano:

- Certificabilità dei bilanci del SSR: raggiungimento dell'obiettivo del rispetto di quanto previsto dal PAC in termini di azioni e tempistica per la certificabilità dei bilanci;
- Contabilità analitica: implementazione di un efficace sistema di contabilità analitica, quale strumento a supporto del processo di programmazione e controllo a livello aziendale.

Nel PO 2019-2021, sono stati introdotti ulteriori obiettivi e, in particolare, si è agito al fine di assicurare il rispetto dei tempi di pagamento, prevedendo l'introduzione di precise linee di indirizzo rivolte all'azienda sanitaria regionale. In materia di recupero del ritardo nei pagamenti, inoltre, si è proceduto all'assegnazione di uno specifico obiettivo al Direttore Generale, ai sensi della legge di bilancio per l'anno 2019, n.145, articolo 1, comma 865 che prevede la "riduzione del ritardo medio nel pagamento delle fatture ai fornitori".

Con invio SIVEAS N. 141/2023 è stato trasmesso in preventiva approvazione il Piano Attuativo della Certificabilità del Bilancio.

14.1 Contabilità analitica

L'implementazione di un efficace sistema di contabilità analitica, quale strumento a supporto del processo di programmazione e controllo a livello aziendale e della *governance* del Sistema Sanitario Regionale rappresenta un obiettivo imprescindibile che l'intero SSR è oggi chiamato a raggiungere.

In coerenza con quanto rappresentato, al fine di avviare un miglioramento del controllo economico e clinico dei processi aziendali e, più in generale, attuare un modello regionale di monitoraggio volto a supportare la programmazione ed il controllo dei risultati dell'intero Sistema Sanitario, il **sistema di contabilità analitica** consente l'implementazione di un processo strutturato per l'acquisizione, elaborazione ed esposizione dei dati di costo e ricavo secondo logiche di aggregazione definite in relazione agli obiettivi di analisi (es. per centro di responsabilità; ulteriormente dettagliati per centro di costo etc.). In tale ambito si rende opportuno effettuare le seguenti principali attività:

- **Revisione ed aggiornamento del Piano dei Centri di Costo** coerentemente con la Struttura Organizzativa dell'Azienda Sanitaria;
- **Elaborazione ed adozione del Piano dei Fattori Produttivi** al fine di consentire la classificazione per "natura" delle risorse economiche necessarie per l'erogazione delle prestazioni e servizi sanitari e non;
- **Revisione e completa implementazione dei criteri di ribaltamento dei costi indiretti** per l'imputazione dei costi comuni necessari per il funzionamento delle attività;
- **Definizione di un Modello di Controllo di Gestione** comprensivo delle attività di raccolta, elaborazione, analisi e monitoraggio dei dati contabili e gestionali del Sistema Sanitario, secondo logiche di raccolta dati basate su criteri di omogeneità ed uniformità delle procedure amministrativo-contabili e gestionali da cui tali dati sono generati. Tale modello dovrà essere in grado di offrire strumenti adeguati alla quantificazione delle prestazioni

erogate per “destinazione” e per livelli di assistenza, che possano essere utilizzati anche a supporto del processo di programmazione e controllo degli obiettivi previsti nell’ambito del SSR

Con DCA 12/2023 sono state approvate le “Linee guida per la realizzazione del Piano dei Centri di Costo” e le “Linee Guida del modello regionale di Controllo di Gestione” che rientrano nell’ambito della complessa realizzazione del modello regionale di programmazione e controllo in ambito sanitario.

14.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Il Programma Operativo 2023-2025 avrà l’obiettivo di dare completa attuazione al percorso già avviato nel precedente documento programmatico, tramite la realizzazione delle seguenti macro-attività e relativi obiettivi:

Obiettivo 14.1.1: Implementazione del Sistema Regionale di Contabilità Analitica

Azione 14.1.1.1: Definizione di linee di indirizzo regionali per la predisposizione del Piano dei Centri di Costo coerente con la Struttura organizzativa Aziendale

Indicatore 14.1.1.1: DCA

Azione 14.1.1.2: Definizione di una Metodologia Regionale di Controllo di Gestione (per Centri di Responsabilità/Costo)

Indicatore 14.1.1.2: DCA

Azione 14.1.1.3: Progettazione ed attuazione di un Modello di Controllo e Monitoraggio del SSR e consolidamento dei dati, secondo modalità coerenti con le metodologie definite nell’ambito del SIVEAS e con i modelli dati del NSIS

Indicatore 14.1.1.3: Relazione

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
14.1.1 Implementazione del Sistema Regionale di Contabilità Analitica	14.1.1.1 Definizione di linee di indirizzo regionali per la predisposizione del Piano dei Centri di Costo coerente con la Struttura organizzativa Aziendale	31/12/2023	DCA			
	14.1.1.2 Definizione di una Metodologia Regionale di Controllo di Gestione (per Centri di Responsabilità/Costo)	31/12/2023	DCA			
	14.1.1.3 Progettazione ed attuazione di un Modello di Controllo e Monitoraggio del SSR e consolidamento dei dati, secondo modalità coerenti con le metodologie definite nell’ambito del SIVEAS e con i modelli dati del NSIS	30/06/2024	Relazione			
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
DG ASReM						

14.2 Percorso attuativo della certificabilità (PAC)

Il Percorso Attuativo della Certificabilità (di seguito “PAC”), ai sensi di quanto disposto dall’articolo 2 del Decreto Interministeriale del 17 settembre 2012, prevede che gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale debbano garantire, sotto la responsabilità ed il coordinamento delle Regioni di appartenenza, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci. In tale contesto, le Regioni sono tenute ad avviare il percorso previsto dalla normativa e finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci delle Aziende Sanitarie, della Gestione Sanitaria Accentrata (di seguito “G.S.A.”) e del consolidato regionale.

Con l’adozione dei DCA n. 13/2013 e DCA n. 14/2013, la Regione Molise, al fine di perseguire l’obiettivo della certificabilità del bilancio d’esercizio degli enti del SSR, ha adottato il proprio “PAC” secondo quanto previsto dal DM 01/03/2013.

In seguito, in ragione delle osservazioni del Tavolo di verifica e monitoraggio degli adempimenti LEA del 18/12/2014, la Regione Molise con DCA n. 3/2015 “Approvazione del Piano Attuativo della certificabilità” ha adottato un nuovo Piano Attuativo che recepisce quanto richiesto dal Tavolo.

In attuazione, dunque, di quanto previsto dall’ultimo “PAC” e dal relativo Cronoprogramma, approvato con DCA n. 16 del 08/03/2016, la GSA e l’A.S.Re.M. hanno provveduto ad effettuare le attività previste nel Piano Attuativo, ed in particolare alla predisposizione e adozione delle seguenti procedure amministrativo-contabili:

- Gestione documentale; Gestione del Patrimonio; Gestione del Magazzino; Gestione Personale (dipendente e convenzionato); Gestione Acquisto Beni e Servizi; Disponibilità Liquide; Rilevazioni numerarie; Gestione del Contenzioso; Gestione Inventari; Prestazioni Sanitarie da Privato (approvate ed adottate con Delibera Aziendale del DG n. 612 del 30.06.2016);
- Gestione Patrimonio Netto; Gestione Chiusure Contabili (approvate ed adottate con Delibera Aziendale del DG n. 786 del 30.09.2016);
- Gestione Ciclo Attivo; Gestione Ciclo Passivo; Gestione Disponibilità Liquide; Linee guida per le modalità di rilevazione contabile degli eventi della GSA (approvate ed adottate con DCA n. 43 del 28.06.2016);
- Riconciliazione CO. FI. – CO. EP.; Gestione Chiusure contabili trimestrali; Predisposizione Bilancio d’esercizio e Bilancio Consolidato (approvate ed adottate con DCA n. 57 del 30.09.2016).
- Sulla base delle azioni realizzate e ancora da realizzare dall’A.S.Re.M. e dalla G.S.A. in relazione agli obiettivi previsti dall’ultimo Piano Attuativo adottato, la Regione, con DCA 20 del 28.02.2018, ha ritenuto opportuno rimodulare le scadenze previste e ridefinire il Cronoprogramma “PAC”.

Sulla base delle azioni realizzate e ancora da realizzare dall’A.S.Re.M. e dalla G.S.A. in relazione agli obiettivi previsti dall’ultimo Piano Attuativo adottato, la Regione, con DCA 20 del 28/02/2018, ha ritenuto opportuno rimodulare le scadenze previste e ridefinire il Cronoprogramma “PAC”.

Il Programma Operativo 2023-2025 si pone l’obiettivo di garantire il pieno completamento delle attività già definite ed avviate nel precedente documento programmatico 2019-2021, in ragione del quale, si rende necessario procedere ad una nuova riprogrammazione delle azioni da implementare ai fini del pieno raggiungimento e completamento del Percorso di Certificabilità dei Bilanci degli Enti del S.S.R.

In tale ambito, la Regione Molise procederà a:

- Definire e adottare con DCA, un nuovo Piano Attuativo per la rimodulazione delle scadenze sulla base dello stato di attuazione delle azioni “PAC” da parte dell’A.S.Re.M. e della G.S.A.;
- Prevedere con il nuovo Cronoprogramma “PAC”, la conclusione del Percorso di certificabilità dei Bilanci entro il 31/12/2024.

A seguire, si riporta, una sintesi delle principali azioni, indicatori di monitoraggio e scadenze temporali predefinite nell’ambito del Percorso di Certificabilità dei Bilanci:

- **Predisposizione delle Procedure Amministrativo-Contabili non ancora adottate e revisione e aggiornamento delle Procedure prioritarie individuate dall’Azienda**, con particolare riferimento alle procedure di:
 - “Gestione delle Immobilizzazioni”
 - “Gestione dei Contributi”

- “Gestione delle attività di riconciliazione dei crediti e di valutazione periodica del rischio di inesigibilità”;
 - “Gestione del Contenzioso”;
 - “Gestione delle Chiusure Contabili ambiti Immobilizzazioni, Disponibilità liquide, Patrimonio, Debiti e Costi”;
 - “Gestione delle circolarizzazioni a clienti e fornitori”.
- **Eventuale revisione e aggiornamento delle Procedure Amministrativo-Contabili già adottate**, con particolare riferimento alle procedure di:
 - “Gestione delle Rimanenze di Magazzino”;
 - “Gestione Acquisti Beni e Servizi”;
 - “Gestione del Personale”;
 - “Gestione delle Entrate Proprie”;
 - “Gestione Donazioni e Lasciti”;
 - “Gestione Casse Aziendali” e “Gestione Tesoreria”;
 - “Gestione del Patrimonio Netto”.
 - **Implementazione, verifica e applicazione a regime delle procedure amministrativo-contabili aziendali adottate.**

14.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 14.2.1: Completa certificabilità del bilancio d’esercizio degli enti del SSR

Azione 14.2.1.1: Adozione di un nuovo DCA per rimodulare le scadenze sulla base dello stato di attuazione delle azioni da parte di A.S.Re.M. e della G.S.A.

Indicatore 14.2.1.1: Adozione del DCA

Azione 14.2.1.2: Implementazione, verifica e applicazione a regime delle procedure amministrativo-contabili aziendali adottate

Indicatore 14.2.1.2: Relazione

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
14.2.1 Completa certificabilità del bilancio d’esercizio degli enti del SSR	14.2.1.1 Adozione di un nuovo DCA per rimodulare le scadenze sulla base dello stato di attuazione delle azioni da parte di A.S.Re.M. e della G.S.A.	31/03/2023	DCA	Adozione del DCA		
	14.2.1.2 Implementazione, verifica e applicazione a regime delle procedure amministrativo-contabili aziendali adottate	30/06/2024	Relazione	Num. procedure verificate ed applicate a regime		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
DG ASReM						

14.3 Tempi di pagamento

Al fine di garantire il pieno rispetto dei tempi di pagamento della pubblica amministrazione italiana, sono state avviate a livello nazionale diverse misure tese al raggiungimento di tale obiettivo. In particolare:

- **L'introduzione del SIOPE+** (L. 232/2016, art. 1, comma 533, Decreto MEF del 14 giugno 2017, Decreto MEF del 25 settembre 2017) risponde alla necessità di potenziare il monitoraggio dei pagamenti della PA, per conoscere i tempi di pagamento delle fatture - a seguito della procedura di infrazione avviata dalla Commissione Europea contro l'Italia. Nello specifico il SIOPE+ ha previsto:
 - Nuove regole tecniche per la definizione del protocollo di colloquio e del tracciato standard dei documenti informatici, denominati Ordinativi di Pagamento e Incasso (OPI);
 - L'utilizzo di una nuova piattaforma informatica (SIOPE+) gestita dalla Banca d'Italia finalizzata all'intermediazione di tutti i flussi informativi relativi agli ordinativi di pagamento ed incasso effettuati dalle Pubbliche Amministrazioni;
- **Il Decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 7 dicembre 2018** ha definito le "Modalità e i tempi per l'attuazione delle disposizioni in materia di emissione e trasmissione dei documenti attestanti l'ordinazione degli acquisti di beni e servizi effettuata in forma elettronica da applicarsi agli enti del Servizio Sanitario Nazionale". Nello specifico, il Decreto ha istituito il sistema di gestione degli ordini denominato Nodo di Smistamento degli Ordini (NSO) per la trasmissione in via telematica, a partire dal 1° ottobre 2019, dei documenti informatici attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti dei beni e servizi tra gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, nonché i soggetti che effettuano acquisti per conto di questi.
- **La L. 145 del 30 dicembre 2018 (Legge di bilancio 2019)**, commi 849-872 nella quale sono previste disposizioni volte a garantire il rispetto dei tempi di pagamento di cui all'articolo 4 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231. In particolare, è previsto, tra le tante, un meccanismo di sanzione/responsabilizzazione delle Amministrazioni regionali attraverso la revisione delle modalità di assegnazione dell'indennità di risultato dei direttori generali delle Aziende sanitarie vincolata al rispetto dei tempi di pagamento.

In questo quadro normativo, la Regione Molise, con il Programma Operativo 2019-2021, per assicurare il rispetto dei tempi di pagamento, ha avviato attività volte all'indicazione di precise linee di indirizzo all'Azienda Sanitaria Regionale e all'assegnazione di uno specifico obiettivo al Direttore Generale ai sensi della legge di bilancio per l'anno 2019, n.145, articolo 1, comma 865 che prevede la "riduzione del ritardo medio nel pagamento delle fatture ai fornitori".

A tal proposito, dai risultati emersi relativamente alla programmazione 2019-2021 si evidenzia una riduzione dei tempi di pagamento per l'anno 2021 rispetto al 2020 calcolata tramite apposito indicatore (ITP) che la Regione Molise ha implementato a seguito di un'attività di analisi degli indicatori comunicati dall'Azienda Sanitaria (A.S.Re.M.)

Anno	2016	2017	2018	2019	2020	2021
000 G.S.A.	32,69	13,06	84,69	124,58	164,95	-23,18
201 A.S.Re.M.	390,20	460,63	184,84	59,10	60,27	48,83
Totale			158,59	76,51	86,84	34,99

Nell'ambito del Programma Operativo 2023-2025, la Regione Molise si pone l'obiettivo di proseguire e raggiungere il pieno completamento delle attività già avviate nel precedente documento programmatico 2019-2021 riducendo il ritardo medio nel pagamento delle fatture ai fornitori e monitorare le problematiche afferenti eventuali ritardi.

Tale finalità, in considerazione anche di quanto previsto dalla Legge di Bilancio 2019, prevede di rafforzare ed intensificare le misure di valutazione delle performance del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria A.S.Re.M. inserendo tra gli obiettivi di quest'ultimo anche la riduzione dell'ammontare del debito scaduto, con l'evidenza delle cause ostative alla liquidazione, così come previsto dal DCA N. 26 del 11/06/2022 avente ad oggetto "Definizione e Assegnazione degli obiettivi del Direttore Generale dell'ASReM per l'anno 2022 in coerenza con il Piano di Rientro. Provvedimenti."

14.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 14.3.1: Rispetto dei tempi di pagamento

Azione 14.3.1.1 Istituzione di un gruppo di lavoro per identificare le criticità relative al ritardo nei pagamenti

Indicatore 14.3.1.1 DCA

Azione 14.3.1.2: Riduzione dello stock di debito pregresso ancora aperto

Indicatore 14.3.1.2 Relazione

Azione 14.3.1.2: Monitoraggio e rilevazione periodica di cause ostative al rispetto dei tempi di pagamento

Indicatore 14.3.1.1 Report trimestrale

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
14.3.1 Rispetto dei tempi di pagamento	14.3.1.1 Istituzione di un gruppo di lavoro per identificare le criticità relative al ritardo nei pagamenti	31/03/2024	DCA			
	14.3.1.2 Riduzione dello stock di debito pregresso ancora aperto	31/12/2024	Relazione	ITP		
	14.3.1.3 Monitoraggio e rilevazione periodica di cause ostative al rispetto dei tempi di pagamento	30/06/2024	Report trimestrale	ITP		
Responsabile del procedimento attuativo						
DG ASReM DG Salute						

14.4 Trasferimento ordinato delle risorse dal bilancio regionale al SSR

Fiscalità

Con invio SiVeAS n. 97 del 07/07/2021 la Struttura Commissariale ha trasmesso ai Ministeri responsabili le risultanze della ricostruzione degli impegni relativi alla fiscalità operati sul bilancio regionale alla data del 30/06/2021.

Relativamente al triennio 2019-2021 il totale delle risorse impegnate è risultato essere coincidente alle stime del gettito delle aliquote IRAP e addizionale IRPEF comunicate dal Dipartimento delle Finanze.

Con riferimento al triennio 2016-2018 è emerso un totale di risorse ancora da impegnare pari a € 13.612.916.

In considerazione del suddetto mancato impegno di coperture fiscali anno d'imposta 2016-2018 a favore del Servizio Sanitario Regionale, la Giunta Regionale con D.G.R. n. 271 del 12 agosto 2021 si è impegnata alla definizione di un piano di copertura per il triennio 2023-2025 "del valore della fiscalità non impegnata a valere al capitolo 34404, pari ad euro 13.612.916".

In attuazione della citata D.G.R. n. 271/2021, con Legge Regionale 29 dicembre 2021 n. 7, avente ad oggetto "Assestamento del bilancio di previsione 2021-2023 e modifiche di leggi regionali", all'art. 7 co. 3 sono state individuate coperture per complessivi € 9.023.968 come di seguito riportato:

In esecuzione della deliberazione di Giunta regionale n. 271 del 12 agosto 2021 avente ad oggetto "Piano di rientro dal disavanzo sanitario. Atto ricognitivo delle quote di fiscalità regionale anni 2016-2021, Indirizzi" è assicurata la seguente copertura finanziaria alle spese di natura obbligatoria:

- Euro 1.023.968,00 sull'esercizio finanziario 2021;
- Euro 4.000.000,00 sull'esercizio finanziario 2022;
- Euro 4.000.000,00 sull'esercizio finanziario 2023;
- Euro 4.588.948,00 sull'esercizio finanziario 2024.

La relativa copertura è assicurata tramite gli stanziamenti alla Missione 13 Programma 1 Titolo 1 del bilancio di previsione 2021-2023 (esercizi 2022 e 2023)."

In ottemperanza alla citata Legge Regionale 29 dicembre 2021 n. 7, atteso che con determinazione del Direttore Generale per la Salute n. 165/2021 la Regione aveva proceduto ad impegnare sul capitolo di spesa 34404 del bilancio regionale anno 2021 l'importo di € 777.000,00 quale quota parte delle coperture individuate sull'esercizio finanziario 2021, con determinazione del Direttore Generale per la Salute n. 197/2021 la Regione ha effettuato i seguenti impegni:

- € 246.968,00 sul capitolo di spesa 34404 del bilancio regionale anno 2021. L'importo complessivo di € 1.023.968,00 (€ 246.968,00 + € 777.000) è stato trasferito dal bilancio regionale alla GSA con Det. n. 1295 del 07/03/2021;
- € 4.000.000,00 sul capitolo di spesa 34404 del bilancio regionale anno 2022. Tale importo è stato trasferito dal bilancio regionale alla GSA con Det. n. 1972 del 06/04/2022.
- € 4.000.000,00 sul capitolo di spesa 34404 del bilancio regionale anno 2023. Tale importo sarà trasferito dal bilancio regionale alla GSA entro il 30/06/2023.

L'importo residuale pari a € 4.588.948 (€ 13.612.916 – € 9.023.968), è stata trasferita alla GSA con Det. n. 1094 del 27/02/2024 mandato 1886/2024.

Legge 210/1992

Con riferimento alla Legge 25 febbraio 1992, n. 210 - Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati, si rappresenta che a partire dall'anno 2019 (fino al I bimestre dell'anno 2021), al fine di assicurare l'erogazione del richiamato indennizzo ai soggetti aventi diritto, la GSA ha straordinariamente provveduto ad anticipare le seguenti somme a valere sul Fondo Sanitario:

Anno 2019: 1.315.721,01 €

Anno 2020: 1.354.296,35 €

Anno 2021 (primo bimestre): 192.119,77 €

Come rappresentato nei verbali delle riunioni congiunte del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, *"l'indennizzo ai sensi della legge n. 210/1992 riveste natura di carattere sociale, essendo una prestazione risarcitoria e trova, eventualmente, evidenza nei conti economici del SSN solo in quanto le aziende sanitarie sono il mero tramite per il trasferimento di cassa ai soggetti beneficiari"*.

A partire dal secondo bimestre 2021 pertanto, l'onere del trasferimento di tale indennizzo di natura sociale/previdenziale ai beneficiari è tornato a gravare sul bilancio regionale.

Per il recupero delle suddette somme corrisposte dalla GSA, è in corso un'interlocuzione con gli organi regionali un per definire un piano di rientro delle predette somme.

14.4.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 14.4.1: Recupero delle somme relative a fiscalità pregressa

Azione 14.4.1.1: Trasferimento dal Bilancio regionale a GSA dell'importo di € 4.000.000

Indicatore 14.4.1.1: Provvedimento Regionale

Azione 14.4.1.2: Impegno e trasferimento sul Bilancio regionale dell'importo residuale di € 4.588.948

Indicatore 14.4.1.2: Provvedimento Regionale

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
14.4.1 Recupero delle somme relative a fiscalità pregressa	14.4.1.1 Trasferimento dal Bilancio regionale a GSA dell'importo di € 4.000.000	30/06/2023	Provvedimento Regionale	Si/no		
	14.4.1.2 Impegno e trasferimento sul Bilancio regionale dell'importo residuale di € 4.588.948	31/03/2024	Provvedimento Regionale	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute						

15 Tendenziali e Programmatici 2023-2025

15.1 Criteri per la determinazione dei Tendenziali 2023-2025

Il CE Tendenziale 2023-2025 è stato costruito sulla base dei dati e delle informazioni che seguono:

- Conti economici NSIS degli anni 2019 - 2022;
- Conto economico NSIS IV Trimestre 2023;
- Documentazione prodotta dall'Azienda Sanitaria Regionale (ASReM), finalizzata all'approfondimento dei dati economici contabilizzati nel CE Consuntivo 2022 e IV Trimestre 2023;

Il CE Tendenziale è stato costruito a partire dalle ipotesi sui trend storici delle voci di ricavo e costo cui sono stati applicati correttivi (laddove valorizzabili) legati agli effetti economici delle misure nazionali che trovano diretta applicazione (senza decreti attuativi regionali).

Si riporta di seguito il CE Tendenziale 2023-2025 come consolidamento dei CE della GSA e dell'ASReM

140	MOLISE - Aggregato				
CE	Descrizione Voci CE	Consuntivo 2022	Tendenziale 2023	Tendenziale 2024	Tendenziale 2025
€/000		A	B	C	D
A1.1	Contributi F.S.R. indistinto	599.151	616.593	643.003	676.343
A1.2	Contributi F.S.R. vincolato	21.302	14.742	17.375	19.029
A1	Contributi F.S.R.	620.453	631.336	660.378	695.372
A2	Saldo Mobilità	33.411	43.486	43.486	43.486
A3	Entrate Proprie	53.897	24.568	24.689	28.464
A4	Saldo Intramoenia	707	653	653	653
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 3.830	- 2.022	- 2.022	- 2.022
A	Totale Ricavi Netti	704.638	698.019	727.183	765.952
B1	Personale	173.484	174.804	174.804	174.804
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	76.868	79.253	81.409	83.626
B3	Altri Beni E Servizi	159.181	150.800	153.888	157.009
B4	Ammortamenti E Costi Capitalizzati	3.194	3.237	3.237	3.237
B5	Accantonamenti	60.058	62.702	63.516	63.971
B6	Variazione Rimanenze	1.419	1.515	-	-
B	Totale Costi Interni	474.203	469.281	476.854	482.648
C1	Medicina Di Base	46.537	44.332	44.406	44.854
C2	Farmaceutica Convenzionata	41.119	41.399	41.399	41.399
C3	Prestazioni Da Privato	169.453	170.513	164.228	164.287
C	Totale Costi Esterni	257.109	256.245	250.034	250.540
D	Totale Costi Operativi (B+C)	731.312	725.526	726.888	733.187
E	Margine Operativo (A-D)	- 26.674	- 27.507	295	32.764
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni E Svalutazioni Finanziarie	-	-	-	-
F2	Saldo Gestione Finanziaria	- 1.446	- 859	- 859	- 859
F3	Oneri Fiscali	14.265	12.778	12.778	12.778
F4	Saldo Gestione Straordinaria	3.375	52	52	52
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	- 12.336	- 13.688	- 13.688	- 13.688
G	Risultato Economico (E-F)	- 39.010	- 41.195	- 13.393	- 19.076
H	Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	20.472	22.274	22.999	22.999
I	Risultato Economico con risorse aggiuntive LEA (G+H)	- 18.537	- 18.921	9.606	42.075

RICAVI

Contributi in c/esercizio indistinti:

La stima dei contributi FSR indistinto relativamente agli anni 2023-2025 è stata calcolata considerando come base i valori delle Intese Stato Regioni n. 262, 263, del 09.11.2023, in cui viene stabilito il riparto del Fondo Sanitario Regionale 2023 (indistinto più quote premiali).

In considerazione dell'incremento delle disponibilità per il finanziamento del SSN previsto per gli anni 2023-2025 di 5.300.000 €/mln per l'anno 2024 e 6.600.000 €/mln per l'anno 2025 (Legge 213/2023), si è stimato un incremento dei contributi FSR indistinti pari a circa 26.773 €/mln per l'anno 2024 e 33.339€/mln per l'anno 2025 (valore stimato sulla base della quota d'accesso pari a 0,51%).

Contributi in c/esercizio a destinazione vincolata:

Per le annualità 2023-2025 la stima dei contributi per obiettivi di Piano e degli altri finalizzati è stata calcolata considerando come base quanto stabilito dalle Intese Stato Regioni n.262,264/CSR del 09.11.2023 e degli ulteriori atti di riparto per l'anno 2023, nonché pari a quanto comunicato dai Competenti Ministeri (Allegato - indicazioni contabili anno 2023).

In considerazione dell'incremento delle disponibilità Fondo di cui all'articolo 1, comma 401, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, relativo al concorso al rimborso alle regioni delle spese sostenute per l'acquisto dei farmaci innovativi di 300 milioni di euro a decorrere dall'anno 2024 (cfr. legge n. 234/2021 art. 1 co. 259), si è provveduto a stimare un incremento di 1,5 €/000 per gli anni 2024-2025 (valore stimato sulla base della quota d'accesso pari a 0,51%).

Saldo mobilità extraregionale in compensazione

Relativamente al **“Saldo di Mobilità”** i valori tendenziali sono stati considerati tenendo conto di quanto stabilito nell'Intesa Stato Regioni n.262/CSR del 09.11.2023 nelle quali si stabilisce il riparto del Fondo Sanitario Regionale per l'anno 2023 (compresa la quota di mobilità internazionale). Il valore considerato nelle singole annualità è pari a complessivi **43,5 €/mln**.

Composizione Fondo Sanitario Regionale				
Valori in €/000		Tendenziale 2023	Tendenziale 2024	Tendenziale 2025
Riparto				
Fabbisogno sanitario	A	625.959	652.731	686.071
Quota premiale Anno 2023	B	3.225	3.225	3.225
Entrate proprie	C	12.953	12.953	12.953
Fabbisogno sanitario Indistinto Ante Mobilità	D=A+B-C	616.231	643.003	676.343
D.L. 34/2023 (art. 11, c. 1)	E	353		
D.L. 73/2021 (art. 27)	F	10		
Altre quote indistinte già ripartite	G=E+F	363	-	-
Totale FSR Indistinto	H=G+E+F	616.593	643.003	676.343
Saldo di mobilità (extraregione)	I	43.907	43.907	43.907
Saldo di mobilità (internazionale)	L	(421)	(421)	(421)
Disponibilità di cassa	M=I+L	43.486	43.486	43.486
Borse di studio MMG		404,86	404,86	404,86
Medicina Penitenziaria		895,79	895,79	895,79
Riparto obiettivi piano		4.413,82	4.413,82	4.413,82
Medicina Penitenziaria		45,00	45,00	45,00
Riparto OPG		284,05	284,05	284,05
remunerazione a farmacie per attività di contrasto a patologie infett		899,86	899,86	899,86
Quota farmaci innovativi oncologici e non oncologici		5.615,65	7.145,65	7.145,65
Riduzione delle percentuali di sconto per le farmacie		73,96	73,96	73,96
Riparto per IRCCS (*) - stima riparto su dati 2021		1.071,69	1.071,69	1.071,69
Potenziamento assistenza territoriale PNRR		792,82	1.895,44	3.550,02
sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro		50,53	50,53	50,53
Sperimentazione dei progetti regionali sulla cefalea primaria c		27,79	27,79	27,79
Piano nazionale malattie rare 2023 – 2026		141,16	141,16	141,16
Bonus Psicologo		25,19	25,19	25,19
Finanziamento Risorse Vincolate	N	14.742	17.375	19.029

Entrate proprie- Payback

Nel tendenziale 2023, relativamente al payback ripiano spesa farmaceutica ospedaliera sono stati inseriti i valori previsti della DET. AIFA n. 449/2023.

Negli scenari tendenziali 2023-2024 per le voci riferite al payback ripiano spesa farmaceutica non risultano movimentate, in quanto non supportate da provvedimenti utili a stimare tale entrata.

L'ulteriore Payback è invece posto pari al valore contabilizzato nel IV trimestre 2023.

Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti

Nei Tendenziali 2023-2025 il valore è pari a 2,2 €/mln, pari al valore contabilizzato nel IV trimestre 2023.

Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati

Con riferimento al fondo quote inutilizzate contributi vincolati nel corso del triennio si riporta di seguito il dettaglio.

Fondo quote inutilizzate contributi FSR - stima fondo			Fondo quote inutilizzate contributi FSR - stima fondo			Fondo quote inutilizzate contributi FSR - stima fondo		
	2022	2023		2023	2024		2024	2025
PBA160	B.IV.1) Fondo quote inutilizzate contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S.	15.555	PBA160	B.IV.1) Fondo quote inutilizzate contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. vincolato	21.244	PBA160	B.IV.1) Fondo quote inutilizzate contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. vincolato	21.166
AA0040	A.1.A.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato	14.742	AA0040	A.1.A.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato	17.375	AA0040	A.1.A.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato	19.0
	di cui per Progetti Obiettivo	4.414		di cui per Progetti Obiettivo	4.414		di cui per Progetti Obiettivo	4.4
AA0280	A.3.A) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato	3.189	AA0280	A.3.A) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato	8.958	AA0280	A.3.A) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato	11.1
BA2780	B.16.C.1) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. vincolato	8.879	BA2780	B.16.C.1) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. vincolato	8.879	BA2780	B.16.C.1) Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. vincolato	8.8
Fondo quote inutilizzate al 31.12.2023		21.244	Fondo quote inutilizzate al 31.12.2024		21.166	Fondo quote inutilizzate al 31.12.2025		18.8

Tabella Stima Fondo quote inutilizzate 2023 – 2025

COSTI

Costi interni

Costo del Personale

Relativamente al costo del “Personale”, per gli anni 2023-2025 il valore nei tendenziali è stato posto al costo al 31.12.2024. Rispetto all’importo iscritto al III trimestre 2023 si è provveduto inoltre a riclassificare tra le voci di costo gli oneri di cui alla L. n. 234/2021, art.1 c.604 (0,22%) e comma 612 (0,55%) non iscritti al IV trimestre 2023, e l’indennità di pronto soccorso per la Dirigenza medica.

Prodotti farmaceutici

Per la voce “Prodotti Farmaceutici ed emoderivati” il valore dei tendenziali 2023 è stato posto pari al valore del contabilizzato al IV trimestre 2023. I tendenziali 2024-2025 sono stati stimati applicando al costo rilevato nel CE tendenziale 2023 una crescita annua pari al CAGR 2020-2022 delle singole voci.

Beni e Servizi

Per la voce “Altri Beni e Servizi” il valore tendenziale 2023 è posto pari al valore del contabilizzato alla data del 31.12.2023. I Tendenziali 2023-2024 sono stati stimati applicando sulla singola voce di costo rilevata nel CE Tendenziale 2023 il tasso di inflazione programmata anno 2024 (2,3 %).

Ammortamenti e sterilizzazioni

Il valore della voce “ammortamenti e sterilizzazioni” è stato stimato costante per gli anni 2023-2025 e pari al valore registrato nel CE IV trimestre 2023, ovvero 3,2 €/mln.

Accantonamenti

Con riferimento agli accantonamenti il valore dei tendenziali 2023-2025 si riferisce ad **accantonamenti per rischi** connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato, effettuate, prevalentemente dalla GSA (35,7 €/mln) in relazione ai rischi connessi alla produzione ospedaliera e di specialistica ambulatoriale extra budget erogata dalle Strutture private accreditate a pazienti extra regionali e regionali sulla base di quanto contabilizzato nel CE IV trimestre 2023.

Per il triennio è stato quindi esposto anche il valore degli **accantonamenti per rinnovi contrattuali/convenzioni** pari a 4,4 €/mln.

E’ stato inoltre esposto anche il valore degli **accantonamenti per interessi di mora** per 1,0 €/mln sulla base di quanto contabilizzato nel CE IV Trimestre 2023. Il valore è stato ipotizzato costante per il 2024 e 2025.

La voce comprende anche **altri accantonamenti** per 2,0 €/mln per coprire le eventuali poste straordinarie passive che dovessero manifestarsi al 31.12.2023. Tali accantonamenti sono stati ipotizzati per 3,0 €/mln nelle annualità 2024-2025.

Variazione delle rimanenze

L'importo inserito nel CE tendenziale per il periodo 2024-2025 è posto pari a 0 €/mln, nell'ipotesi che il costo dei beni sanitari e non sconta già l'effetto della variazione delle rimanenze.

Costi esterni

Medicina di base

L'importo tendenziale 2023 è stato posto pari al valore rilevato al IV trimestre 2023. Per le annualità 2024-2025 si è tenuto conto del CAGR 2019-2022 delle singole voci.

Farmaceutica convenzionata

Nella definizione del tendenziale 2023, nella stima della voce "Farmaceutica convenzionata" si è tenuto conto del valore delle DCR al 31.12.2023. Si è ipotizzato quindi di mantenere un valore costante per gli anni 2024,2025.

Prestazioni sanitarie da privato

Ospedaliera

Il valore esposto nei tendenziali 2023-2025 per le prestazioni di assistenza ospedaliera è quello definito con DCA n.2/2023.

Specialistica ambulatoriale

Il valore esposto nei tendenziali 2023-2025 per le prestazioni di assistenza specialistica è quello definito con DCA n.2/2023.

Gestione finanziaria

Nel tendenziale 2023-2025 le poste relative alla "Gestione Finanziaria" sono state poste pari al valore rilevato nel modello CE IV Trimestre 2023.

Oneri Fiscali

Nei tendenziali 2023-2025 le poste relative agli "Oneri Fiscali" sono state calcolate in proporzione al costo del personale.

Gestione Straordinaria

Nel tendenziale 2023-2025 le poste relative alla "Gestione Straordinaria" sono state poste pari al valore rilevato al IV Trimestre 2023, al netto di alcune modifiche/integrazioni.

15.2 Manovre e Programmatici 2023-2025

Si riporta di seguito il CE Programmatico calcolato sulla base dell'impatto delle manovre definite nel presente Programma Operativo.

140	MOLISE - Aggregato				
CE	Descrizione Voci CE	Consuntivo 2022	Programmatico 2023	Programmatico 2024	Programmatico 2025
€/000		A	B	C	D
A1.1	Contributi F.S.R. indistinto	599.151	616.593	643.003	676.343
A1.2	Contributi F.S.R. vincolato	21.302	14.742	17.375	19.029
A1	Contributi F.S.R.	620.453	631.336	660.378	695.372
A2	Saldo Mobilità	33.411	43.486	43.486	41.274
A3	Entrate Proprie	53.897	24.568	24.689	28.464
A4	Saldo Intramoenia	707	653	653	653
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 3.830	- 2.022	- 2.022	- 2.022
A	Totale Ricavi Netti	704.638	698.019	727.183	763.740
B1	Personale	173.484	174.804	190.367	197.037
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	76.868	79.253	77.794	76.851
B3	Altri Beni E Servizi	159.181	150.800	152.244	155.704
B4	Ammortamenti E Costi Capitalizzati	3.194	3.237	3.237	3.237
B5	Accantonamenti	60.058	62.702	65.371	85.294
B6	Variazione Rimanenze	1.419	- 1.515	-	-
B	Totale Costi Interni	474.203	469.281	489.014	518.122
C1	Medicina Di Base	46.537	44.332	44.406	44.854
C2	Farmaceutica Convenzionata	41.119	41.399	38.846	36.292
C3	Prestazioni Da Privato	169.453	170.513	164.228	173.782
C	Totale Costi Esterni	257.109	256.245	247.480	254.928
D	Totale Costi Operativi (B+C)	731.312	725.526	736.494	773.051
E	Margine Operativo (A-D)	- 26.674	- 27.507	- 9.311	- 9.311
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni E Svalutazioni Finanziarie	-	-	-	-
F2	Saldo Gestione Finanziaria	- 1.446	- 859	- 859	- 859
F3	Oneri Fiscali	14.265	12.778	12.778	12.778
F4	Saldo Gestione Straordinaria	3.375	52	52	52
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	- 12.336	- 13.688	- 13.688	- 13.688
G	Risultato Economico (E-F)	- 39.010	- 41.195	- 22.999	- 22.999
H	Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	20.472	22.274	22.999	22.999
I	Risultato Economico con risorse aggiuntive LEA (G+H)	- 18.537	- 18.921	-	-

Tabella- CE Programmatici 2023-2025

Valorizzazioni manovre e sintesi impatto per gli esercizi 2023 – 2025

Manovre

Si descrive di seguito la valorizzazione stimata dell'impatto economico cumulato delle manovre contenute nel Programma Operativo 2023-2025.

PO 2023 - 2025 Riepilogo complessivo manovre				
€/000		2023	2024	2025
A	Tendenziali	- 18.921	9.606	42.075
B	Manovre previste nel PO	-	7.751	20.753
	Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi		- 2.998	- 4.011
	Gestione del Personale		15.568	22.239
	Riassetto della rete ospedaliera regionale		1.349	2.699
	Privati accreditati			
	Riorganizzazione della rete territoriale regionale		-	9.496
	Assistenza farmaceutica		- 6.168	- 9.670
C	Ulteriori elementi del programmatico	-	- 1.855	- 21.322
	Accantonamenti prudenziali**		1.855	21.322
D = A - B - C	CE Programmatico	- 18.921	0,00	0,00

* Incremento dell'IRAP per il personale dipendente a seguito della stima delle assunzioni di personale

** Incremento prudenziale degli accantonamenti

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

Per l'annualità 2023, considerata la prossimità della fine del periodo, non sono state stimate manovre.

Razionalizzazione dei Beni e Servizi

In materia di beni e servizi, l'impatto complessivo delle manovre regionali nel triennio di programmazione è pari a 4,0 €/mln. Le manovre prevede un risparmio dei costi delle consulenze, conseguente all'assunzione di nuovo personale, per un importo pari a 4,0 €/mln (pari alla riduzione del 50% del costo delle consulenze previste nel 2024 ed alla riduzione del 60% delle stesse per l'anno 2025).

Inoltre è stato stimato il costo relativo alla gestione dell'elisuperficie per un importo pari a 59 €/000 annui.

Descrizione manovra	IMPORTO MANOVRA (€/000)*		
	2023	2024	2025
Razionalizzazione B&S	-	- 2.998	- 4.011

* Gli importi sono da intendersi "cumulati" nel triennio oggetto del vigente piano. Infatti l'importo complessivo previsto per l'intera manovra coincide con quanto espresso in tabella per l'annualità 2025

Per quanto riguarda le azioni previste nel paragrafo 8. Beni e Servizi, non è possibile stimare il risparmio atteso in quanto lo stesso verrà definito solo dopo aver attivato le azioni descritte nel paragrafo in parola.

Gestione del personale

Con DCA n.21/2023, di approvazione del Piano del fabbisogno di personale per il triennio 2022-2024, è stato stimato un costo del personale per l'annualità 2024 pari ad € 198 €/mln, in aumento rispetto a quanto rappresentato nel tendenziale 2023 di 22,2 €/mln. Nel programmatico 2024 nell'ipotesi che non tutte le procedure concorsuali saranno completate, si stima una percentuale di assunzione del 70%, pari ad un costo di 15,5 €/mln. Per il 2025, invece si ipotizza il completamento delle procedure concorsuali avviate per un importo pari 6,7 €/mln pertanto l'impatto complessivo della manovra nel periodo è stato stimato in 22,2€/mln.

Descrizione manovra	IMPORTO MANOVRA (€/000)*		
	2023	2024	2025
Gestione del Personale	-	15.568	22.239

* Gli importi sono da intendersi "cumulati" nel triennio oggetto del vigente piano. Infatti l'importo complessivo previsto per l'intera manovra coincide con quanto espresso in tabella per l'annualità 2025

Riaspetto della Rete Ospedaliera Regionale

Il valore registrato nei modelli programmatici 2023-2025 in materia di Assistenza Ospedaliera tiene conto dell'impatto delle manovre regionali di riassetto della rete ospedaliera. In particolare, con riferimento alla manovra volta a garantire il potenziamento dell'elisoccorso, si stima un impatto pari a 2,7 €/mln. Nella determinazione della stima si è fatto riferimento ad una componente fissa, determinata considerando il canone annuale del servizio, ed una variabile, determinata tenendo conto del numero dei trasferimenti eseguiti nel 2019 e del relativo costo stimabile (costo ora/volo).

Descrizione manovra	IMPORTO MANOVRA (€/000)*		
	2023	2024	2025
Riassetto della rete ospedaliera regionale	-	1.349	2.699

* Gli importi sono da intendersi "cumulati" nel triennio oggetto del vigente piano. Infatti l'importo complessivo previsto per l'intera manovra coincide con quanto espresso in tabella per l'annualità 2025

Riorganizzazione della rete territoriale regionale

Con l'obiettivo di potenziare e migliorare l'offerta territoriale la Regione, nell'ambito della più ampia riorganizzazione della propria rete territoriale, intende potenziare le modalità di presa in carico e gestione dei pazienti sul territorio, in particolare mediante l'attivazione di tre Centrali Operative Territoriali COT presso i presidi di Termoli, Bojano e Venafrò. In tal modo si intende garantire gli standard organizzativi, strutturali e tecnologici previsti dal DM n. 77/2022.

La Struttura Commissariale ha predisposto il documento unico di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, trasmesso al Ministero della Salute ed al Ministero dell'Economia e delle Finanze per la preventiva valutazione con invio Siveas n. 135/2023. Il documento in parola recepisce gli standard contenuti nel DM Salute del 23 maggio 2022, n. 77

“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”, fornendo gli ulteriori strumenti programmatori utili a superare le citate criticità, anche in un arco temporale più lungo rispetto a quello di vigenza del presente P.O.

Con riferimento alle strutture residenziali e semiresidenziali, come rappresentato nel suddetto documento, sarà potenziata la dotazione dei posti letto presso le strutture del territorio con un impatto economico stimato in circa 9,49 €/mln.

Descrizione manovra	IMPORTO MANOVRA (€/000)*		
	2023	2024	2025
Riorganizzazione della rete territoriale regionale	-	-	9.496

* Gli importi sono da intendersi "cumulati" nel triennio oggetto del vigente piano. Infatti l'importo complessivo previsto per l'intera manovra coincide con quanto espresso in tabella per l'annualità 2025

Assistenza Farmaceutica

Tenuto conto del quadro normativo di settore, nonché di come il contenimento della spesa farmaceutica e la governance del farmaco siano obiettivi da perseguire necessariamente al fine di garantire l’accesso e la sostenibilità delle cure, la Regione, nell’ambito della programmazione 2023-2025, intende attuare manovre primariamente orientate a garantire una contrazione dei costi per l’acquisto di farmaci e dispositivi medici, principalmente mediante l’allineamento ai valori nazionali. Considerando l’intero triennio, l’impatto complessivo delle manovre programmate in ambito farmaceutico è stato stimato in 5,5 €/mln.

Descrizione manovra	IMPORTO MANOVRA (€/000)*		
	2023	2024	2025
Assistenza farmaceutica	-	6.168	5.550

* Gli importi sono da intendersi "cumulati" nel triennio oggetto del vigente piano. Infatti l'importo complessivo previsto per l'intera manovra coincide con quanto espresso in tabella per l'annualità 2024

Di seguito una sintesi delle principali manovre programmate e relativa stima economica.

Farmaceutica convenzionata

La Regione Molise, al fine di ridurre il fenomeno dell’iper prescrizione e promuovere la razionalizzazione della prescrizione delle classi terapeutiche (ATC) con particolari criticità ed elevati rischi di inappropriately/altospendenti, con esclusione di quelle classi terapeutiche che generano “consumi indotti”, il cui utilizzo è stabilito in maniera prevalente da medici specialisti e medici ospedalieri e che seguono solitamente canali distributivi diversi dalla farmaceutica convenzionata, ha previsto l’attuazione di una specifiche manovre:

Allineamento della spesa pro capite ai valori nazionali per i farmaci individuati dal report inviato periodicamente da AIFA sui primi 30 principi attivi in convenzionata.

Attraverso il monitoraggio trimestrale della spesa farmaceutica convenzionata si stima di ottenere il 50% del risparmio pari a 0,4 €/mln nell'anno 2024. Il totale complessivo della manovra stimato per l'anno 2025 è di 0,8 €/mln.

Monitoraggio della spesa pro capite per i farmaci individuati dal report inviato periodicamente da AIFA sui primi 30 principi attivi in convenzionata			
	SPESA PRO CAPITE	Popolazione Molise	Spesa Molise, €
Regione Molise	55,81	290.769	16.227.818
Media nazionale	53,04		15.422.388
Risparmio ottenibile allineandosi alla media nazionale			805.430
Impatto della manovra			805.430

Fonte dati: Analisi AIFA-Dati di spesa per i primi 30 ATC per Acquisti diretti e Spesa Convenzionata a livello nazionale. Periodo Gennaio – Dicembre 2021

Allineamento del costo medio DDD per categoria terapeutica IV livello ATC C al valore medio nazionale

Attraverso il monitoraggio trimestrale della spesa farmaceutica convenzionata si stima di ottenere il 50% del risparmio pari a 0,5 €/mln nell'anno 2024. Il totale complessivo della manovra stimato per l'anno 2025 è di 1,0 €/mln.

ATC IV	SOTTOGRUPPO TERAPEUTICO	Spesa pro capite (€) 2020 (valore nazionale e)	DDD/1000 ab die 2020	Scostamento % da media nazionale (Spesa pro capite)	Scostamento % da media nazionale e (Consumi)	Ipotesi di potenziale risparmio atteso convenzionato a	Ipotesi di potenziale risparmio atteso negli acquisti diretti	Costo medio DDD OsMed+traccia (valore Regionale ale)	Costo medio DDD OsMed + traccia (valore nazionale)	Possibile risparmio	Scostamento o % da media nazionale (costo medio DDD OsMed + traccia)
C01BD	ANTIARITMICI DI CLASSE III	0,43 (0,32)	3,45	33,39%	11,31%	3.643,80	18.116,28	0,34	-0,28	21.969,05	19,83%
C01DA	NITRATI ORGANICI	0,79 (0,68)	7,1	15,76%	7,72%	38.706,67	-	0,3	-0,28	15.070,56	7,46%
C03BA	SULFONAMIDI, NON ASSOCIATE	0,19 (0,12)	2,34	48,72%	27,56%	18.635,18	228,23	0,22	-0,19	7.450,37	16,58%
C03CA	SULFONAMIDI, NON ASSOCIATE	1,23 (0,93)	35,77	32,85%	17,04%	90.433,43	4.520,71	0,09	-0,08	37.962,95	13,51%
C03XA	ANTAGONISTI DELLA VASOPRESSINA	0,20 (0,18)	0,02	6,40%	-12,46%	-	3.680,05	25,14	-20,69	9.445,63	21,55%
C07AB	BETABLOCCANTI, SELETTIVI	5,04 (4,80)	37,63	5,06%	-7,90%	91.329,05	-	0,37	-0,32	199.684,88	14,07%
C08CA	DERIVATI DI DIIDROPIRIDINI	3,68 (4,25)	42,67	-13,39%	-17,42%	-	-	0,24	-0,22	90.571,93	4,87%
C09AA	ACE INIBITORI NON ASSOCIATI	3,73 (3,81)	64,95	-2,00%	-24,47%	-	-	0,16	-0,12	275.727,52	29,76%
C09BA	ACE INIBITORI E DIURETICI	2,86 (2,59)	19,95	10,25%	-0,94%	82.843,17	-	0,39	-0,35	84.692,29	11,29%
C09BB	ACE INIBITORI E CALCIO ANTAGONISTI	2,42 (1,67)	16,82	44,44%	39,68%	231.206,16	-	0,39	-0,38	17.851,18	3,41%
C09BX	ACE INIBITORI, ALTRE ASSOCIAZIONI	1,36 (0,72)	8,25	88,25%	87,42%	198.030,38	-	0,45	-0,45	-	0,45%
C09CA	ARBs NON ASSOCIATI	6,29 (4,89)	73,61	28,74%	24,88%	437.431,57	-	0,23	-0,23	-	3,10%
C09DA	ARBs E DIURETICI	3,99 (4,01)	32,38	-0,39%	-2,47%	-	-	0,34	-0,33	34.365,12	2,14%
C09DB	ARBs E CALCIO ANTAGONISTI	1,47 (1,21)	10,02	21,73%	21,40%	81.638,33	-	0,4	-0,4	-	0,27%
C10AA	INIBITORI DELLA HMG COA REDUTTASI	7,14 (8,05)	64,81	-11,26%	-21,05%	-	-	0,3	-0,27	206.349,89	12,40%
C10BA	ASSOCIAZIONI DI VARI	2,65 (1,98)	10,42	34,07%	26,50%	214.432,01	-	0,7	-0,66	44.235,27	5,99%
Potenziale risparmio ATC C						1.488.329,75	26.545,67			1.045.376,63	

Fonte dati: Documento AIFA_MSF – FEBBRAIO 2022_ DOCUMENTO DI ANALISI SULLA FARMACEUTICA REGIONALE MOLISE

Riallineamento dei consumi DDD e della spesa pro capite ai valori medi nazionali per i farmaci antidiabetici e per i NAO (note AIFA 97 e 100)

Attraverso il monitoraggio trimestrale della spesa farmaceutica convenzionata si stima di ottenere il 50% del risparmio pari a 0,6 €/mln nell'anno 2024. Il totale complessivo della manovra stimato per l'anno 2025 è di 1,2 €/mln.

ATC IV	SOTTOGRUPPO TERAPEUTICO	Spesa pro capite (€) 2020 (valore nazionale)	DDD/ 1000 ab die 2020	Scostamen to% da media nazionale (Spesa pro capite)	Scostame nto% da media nazional e (Consumi)	Ipotesi di potenziale risparmio atteso convenzionat a	Ipotesi di potenziale risparmio atteso negli acquisti diretti	Costo medio DDD OsMed+traccia (val ore Regionale ale)	Costo medio DDD OsMed + traccia (valor e nazion ale)	Possibile risparmio	Scostament o % da media nazionale (costo medio DDD OsMed + traccia)
B01AB	EPARINICI	3,72 (4,14)	7,5	-10,13%	-23,24%	-	300.756,45	1,36	-1,16	159.196,03	17,10%
B01AC	ANTIAGGREGGANTI PIASTRINICI, ESCLUSA	7,13 (5,48)	89,43	30,17%	27,14%	46.128,33	467.800,45	0,22	-0,21	94.912,67	2,37%
B01AF	INIBITORI DIRETTI DEL FATTORE Xa	7,71 (7,83)	11,86	-1,56%	4,88%	-	83.215,88	1,78	-1,89	-	-6,14%
B03XA	ALTRI PREPARATI ANTIANEMICI	6,67 (2,93)	5,08	127,73%	40,56%	16.514,04	1.146.632,10	3,58	-2,21	738.627,12	62,01%
B05BA	SOLUZIONI NUTRIZIONALI PARENTERALI	1,01 (0,86)	0,53	17,70%	-32,17%	9.306,88	38.093,97	5,2	-2,99	124.310,87	73,54%
B05BB	SOLUZIONI CHE INFLUENZANO L'EQUILIBRIO	1,07 (1,07)	5,37	0,16%	-22,71%	44.312,50	-	0,54	-0,42	68.390,61	29,58%
B05XA	SOLUZIONI ELETTROLITICHE	0,06 (0,05)	0,52	25,38%	-50,30%	-	3.849,32	0,32	-0,13	10.485,71	150,41%
Potenziale risparmio ATC B						116.261,75	2.040.348,17			1.195.923,01	

Allineamento dei medici iperprescrittori alla spesa pro capite media regionale

Ulteriore misura prevista nell'ambito della programmazione 2023-2025 in materia di appropriatezza prescrittiva, da attuarsi al fine di ridurre il numero di prescrizioni inadeguate da parte di MMG e PLS, è: **"Allineamento dei medici iperprescrittori alla spesa pro capite media regionale"**. L'impatto economico di tale misura è stato stimato in 2,0 €/mln. Più precisamente, nella quantificazione dell'impatto economico della manovra si è adottata la seguente modalità di calcolo: definito il numero di assistiti per singolo MMG/PLS si è proceduto a moltiplicare lo stesso per il valore di spesa media regionale ed a sottrarne la spesa lorda effettiva (dati 2020), determinando in tal modo il differenziale di spesa recuperabile nel triennio. La percentuale di recupero prevista nel triennio è del 60%.

Governance del farmaco

Allineamento della spesa farmaceutica per acquisti diretti alla media nazionale.

Attraverso il monitoraggio del sistema di distribuzione diretta, mediante le farmacie del territorio (Distribuzione in nome e per conto del SSN – DPC), e Audit con i clinici nelle specifiche aree oggetto di attenzione, la regione intende allinearsi alla percentuale di incidenza dalla spesa per acquisti diretti su FSR ai valori medi nazionali. La percentuale di incidenza della spesa per acquisti diretti per l'anno 2022 della Regione Molise è stata del 10,39% a fronte di una percentuale media nazionale del 9,82%. Si stima un potenziale risparmio 2,1 €/mln.

Razionalizzazione della spesa extra-tariffa per la somministrazione dei farmaci OCREVUS, TISABRY e LEMTRADA ai pazienti extraregionali

Ulteriore misura di risparmio di spesa è riconducibile alla Razionalizzazione della spesa extra-tariffa per la somministrazione dei farmaci OCREVUS, TISABRY e LEMTRADA ai pazienti extraregionali. La Regione Molise annovera, tra le strutture sanitarie private accreditate per l'erogazione delle prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale, l'IRCCS Neuromed quale Centro di riferimento autorizzato alla prescrizione e alla dispensazione/somministrazione delle terapie per il trattamento della sclerosi multipla. Di seguito i dati relativi alla spesa sostenuta nel 2020 per ATC L: Glatiramer, Natalizumab, Fingolimod e Ocrelizumab.

ATC	Principio attivo	Spesa
L03AX13	Glatiramer	8.248,20
L04AA23	Natalizumab	1.387.417,02
L04AA27	Fingolimod	49.174,40
L04AA36	Ocrelizumab	2.336.067,04
Totale complessivo		3.780.906,66
Fonte dati: AIFA MSF-febbraio 2022 (Documento di analisi sulla farmaceutica regionale Molise)		

La Regione ha stabilito l'acquisto diretto dei farmaci OCREVUS e TISABRY, rientranti in tali categorie, garantendo il sostenimento di minor costi mediante l'indizione di adeguate procedure di gara.

Pertanto, nel perseguire l'obiettivo di razionalizzazione della spesa extra-tariffa per la somministrazione dei farmaci OCREVUS e TISABRY ai pazienti extraregionali, la Regione, mediante la manovra in analisi, intende limitare il sostenimento diretto del costo al solo I CICLO per il 2024, azzerandolo nel 2025, attraverso la riformulazione del DCA 5/2023.

Di seguito si rappresenta la stima di spesa recuperabile mediante l'attuazione della misura in analisi.

	Tyrabry	Ocrevus
Num assistiti anno 2021	118,00	193,00
Costo 1 ciclo	1.501,04	8.193,92
Valore 1 ciclo anno 2021	177.122,72	1.581.426,56
Num quantità acquistate 2021	912,00	635,00
Costo farmaci anno 2021 per pz fuori regione	1.368.948,48	2.601.569,60
Risparmio	1.191.825,76	1.020.143,04
Impatto della manovra (anno 2024)	1.191.825,76	1.020.143,04
Impatto della manovra (anno 2025)	1.368.948,48	2.601.569,60

Fonte dati: Flusso F_dati ASReM

A fronte di tale riduzione di costo, per l'anno 2025 è stata prevista inoltre una riduzione di 2,2 €/mln del saldo di mobilità.

Gas Medicale

Nella Regione Molise, si registrano valori di spesa per l'ossigeno maggiori del tetto stabilito per legge. Nel 2022 la spesa regionale è risultata pari a 1,9 €/mln, il tetto di spesa si è attestato a 0,3%, valore superiore al limite di legge (0,20%). Nell'ambito della programmazione regionale 2023-2025, pertanto, la Regione intende attuare una **"razionalizzazione della spesa per gas medicale"** mediante il riallineamento al tetto del 0,20%. La quantificazione economica della manovra nel triennio è stimata in 0,6 €/mln.

Accantonamenti

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

- Programmatico 2024: in via prudenziale, all'interno del CE Programmatico 2023, sono stati considerati accantonamenti pari a 1,9 €/mln legati ai rischi connessi alla parziale realizzazione delle manovre e/o all'insorgenza di eventuali costi che potrebbero manifestarsi nel corso dell'esercizio;
- Programmatico 2025: in via prudenziale, all'interno del CE Programmatico 2024, sono stati considerati accantonamenti pari a 21,3 €/mln legati ai rischi connessi alla parziale realizzazione delle manovre e/o all'insorgenza di eventuali costi che potrebbero manifestarsi nel corso dell'esercizio.

15.3 Coperture debito pregresso

Attraverso le azioni previste all'interno del piano, la Struttura Commissariale intende assicurare il rispetto dell'equilibrio economico annuale e la copertura del disavanzo pregresso.

Come ampiamente descritto all'interno del documento, il rafforzamento della produttività e della qualità dell'offerta sanitaria, l'assunzione di nuovo personale sanitario e la riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale, consentiranno il recupero della mobilità passiva che avverrà anche attraverso la stipula dei c.d. accordi interregionali. Attraverso il recupero della mobilità saranno generati degli utili d'esercizio da destinare a copertura delle perdite pregresse.