



Programma Operativo 2026 - 2028



Premessa	5
1.1 Percorso metodologico e struttura del Piano	5
1.2 Contesto di riferimento	6
1.2.1 Il contesto demografico	7
1.2.2 Gli indici demografici	8
2 Governance del PO	12
2.1 Governance del PO	12
2.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	13
3 Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica	14
3.1 Piano della Prevenzione	14
3.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	16
3.2 Programmi organizzati di screening	17
3.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	18
3.3 Coperture vaccinali	20
3.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	22
3.4 Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro	23
3.4.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	24
3.5 Sanità veterinaria e sicurezza alimentare	24
3.5.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	25
4 Assistenza Territoriale/ Distrettuale	26
4.1 Assistenza primaria e continuità assistenziale	26
4.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	30
4.2 Assistenza domiciliare integrata	30
4.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	32
4.3 Ospedali di Comunità	32
4.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	33
4.4 Accesso ai servizi e presa in carico	34
4.4.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	35
4.5 Assistenza alle persone non autosufficienti	36
4.5.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	37
4.6 Assistenza alle persone disabili	38
4.6.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	38
4.7 Specialistica ambulatoriale	39
4.7.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	41
4.8 Salute Mentale	42
4.8.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	47
4.9 Dipendenze patologiche	48
4.9.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	50
4.10 Cure palliative e terapia del dolore	51
4.10.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	52
4.11 Sanità penitenziaria	53
4.11.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	55
5 Assistenza Ospedaliera	57
5.1 Rete ospedaliera e Rete dell'emergenza-urgenza	57
5.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	60
5.2 Rete IMA	61
5.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	62
5.3 Rete ICTUS	63
5.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	64
5.4 Rete dei punti nascita	65
5.4.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	67
5.5 Rete Trauma	68
5.5.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	69
5.6 Rete oncologica	70
5.6.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	70

5.7	Rete malattie rare	71
5.7.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	71
5.8	Rete terapia del dolore e cure palliative	72
5.9	Rete medicine specialistiche	72
5.9.1	Rete delle malattie infettive	72
5.9.2	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	74
5.10	Reti dei servizi di diagnosi e cura	74
5.10.1	Rete Trasfusionale	74
5.10.2	Rete Laboratori	76
5.11	Rete riabilitazione e lungodegenza	78
5.11.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	78
6	Autorizzazione e accreditamento	79
6.1	Processo di autorizzazione e accreditamento (strutture pubbliche e private)	80
6.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	82
6.2	Definizione/aggiornamento requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento	83
6.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	83
6.3	Organismo Tecnicamente Accreditante	84
6.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	86
7	Rapporti con gli erogatori privati accreditati	87
7.1	Budget	87
7.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	89
7.2	Contratti	90
7.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	90
7.3	Tariffe per tutte le tipologie di assistenza	91
7.4	Remunerazione delle funzioni assistenziali	92
7.4.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	92
7.5	Procedure di controllo delle prestazioni rese (appropriatezza, vincolo di budget, emissione note di credito, ecc)	93
7.5.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	94
8	Beni e Servizi	96
8.1	Programmazione acquisti	96
8.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	96
8.2	Aspetti organizzativi e logistici dei processi di acquisto	97
8.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	97
8.3	Centralizzazione/agggregazione degli acquisti	98
8.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	99
8.4	Controllo e monitoraggio del mix tra prezzi e quantità	99
8.4.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	100
9	Assistenza Farmaceutica e Dispositivi Medici	101
9.1	Promozione delle misure dirette a garantire l'appropriatezza prescrittiva	102
9.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	108
9.2	Rispetto dei tetti – Governance del farmaco	110
9.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	114
9.3	Governo della spesa dei dispositivi medici e dell'appropriatezza d'uso	116
9.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	117
10	Governance del Personale	119
10.1	Piani triennali di fabbisogno	119
10.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	120
10.2	Procedure assunzionali e gestione del turn over	120

10.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	124
11	Governance regionale	126
11.1	Definizione della governance regionale di supporto al SSR	126
11.2	Verifica adempimenti	126
11.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	128
11.3	Flussi Informativi	130
11.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	131
11.4	Gestione e presidio del contenzioso	132
11.4.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	133
11.5	Investimenti in sanità	133
11.5.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	137
11.6	Obiettivi Direttore generale	138
11.6.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	139
11.7	Health Technology Assessment	139
11.7.2	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	140
11.8	Protocolli di intesa con le Università	140
11.8.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	141
12	Governance delle Aziende Sanitarie	142
12.1	Liste d'attesa	142
12.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	144
12.2	Controllo cartelle cliniche	145
12.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	146
12.3	Sicurezza e rischio clinico	146
12.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	147
12.4	Atti aziendali e Piani attuativi territoriali	148
12.4.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	149
12.5	Attività libero professionale intramuraria (ALPI)	149
12.5.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	150
13	Mobilità Sanitaria	151
13.1	Governo della mobilità extraregionale	152
13.1.1.	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	157
13.2	Accordi interregionali in materia di mobilità sanitaria	158
13.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	159
14	Contabilità analitica, PAC, trasferimenti e pagamenti	160
14.1	Contabilità analitica	160
14.1.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	160
14.2	Percorso attuativo della certificabilità (PAC)	161
14.2.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	163
14.3	Tempi di pagamento	163
14.3.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	164
14.4	Trasferimento ordinato delle risorse dal bilancio regionale al SSR	164
14.4.1	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	166
15	Coperture debito pregresso	167
16	Trasferimento dell'Ospedale Cardarelli nel Compendio Immobiliare "Centro di Alta Tecnologia di Campobasso", sito in Campobasso, Largo Agostino Gemelli 1	168
15.1.1.	Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance	170
17	Tendenziali e Programmatici 2026-2028	171
17.1	Tendenziale 2026-2028	171
17.2	Manovre	187
17.3	Programmatico 2026-2028	213

Premessa

1.1 Percorso metodologico e struttura del Piano

In attuazione della legge di Bilancio n. 199/2025, con DCA n. 34 del 26 febbraio 2026 è stato adottato il Programma Operativo 2026-2028 - Trasmesso con nota prot. 27804/2026 (Invio Siveas n. 0000061-A del 26/02/2026), prendendo altresì atto del “Parere Università degli Studi del Molise sulla proposta di PO 2026-2028” – allegato alla richiamata nota acquisita al protocollo della Regione Molise n. 27457/2026 – con il quale l’Università degli Studi del Molise – UniMol rappresenta che, *“In conclusione, il PO 2026-2028 recepisce elementi innovativi in termini di metodo e di risultati attesi, nel contesto di una impostazione consolidata e certamente di valore.”* e che *“Questi elementi prospettici condizionano favorevolmente il parere finale”*.

Il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell’Economia e delle Finanze, con successivo invio Siveas - 0000086-P del 02/04/2026 ha trasmesso il parere al Programma Operativo 2026-2028, le cui richieste di modifica e/o integrazioni sono recepite nel presente documento.

Tanto premesso, preliminarmente si richiama il DCA n. 79 del 3 maggio 2024 con il quale è stato adottato il Programma Operativo per gli anni 2023-2025 a salvaguardia degli obiettivi strategici della Regione Molise nel rientro dal disavanzo del settore sanitario.

In relazione alla situazione economico-finanziaria della Regione Molise, la legge 30 dicembre 2024, n. 207, recante “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027”, ha previsto, all’articolo 1, commi 381-384, specifiche misure di sostegno finalizzate al superamento delle criticità economico-finanziarie e sanitarie del Servizio sanitario regionale (SSR).

In particolare, il comma 381 ha autorizzato un contributo statale pari a 45 milioni di euro per ciascuno degli anni 2025 e 2026, destinato alla chiusura delle perdite pregresse del SSR della Regione Molise al 31 dicembre 2023, anche al fine di ricondurre i tempi di pagamento nel rispetto della normativa dell’Unione europea. I successivi commi 382 e 383 disciplinavano, rispettivamente, la predisposizione di un piano di copertura del disavanzo pregresso e l’adozione del Programma Operativo 2025-2027 di prosecuzione del Piano di rientro.

In attuazione di tali disposizioni, con invio SIVEAS n. 78 del 10 aprile 2025 è stata trasmessa al Ministero della Salute e al Ministero dell’Economia e delle Finanze, per la preventiva approvazione, la proposta di Programma Operativo 2025-2027. Con invii SIVEAS n. 136 del 25 luglio 2025 e n. 203 del 14 novembre 2025 è stata trasmessa la versione aggiornata del Programma Operativo 2025-2027.

L’articolo 1, comma 871, della Legge 199/2025 ha poi inciso sulla disciplina sopra richiamata, disponendo l’abrogazione del comma 382 dell’articolo 1 della legge n. 207/2024, la sostituzione del comma 383 e l’introduzione dei commi 383-bis e 383-ter.

Alla luce della nuova formulazione normativa:

- la Struttura Commissariale è tenuta ad adottare, entro il 28 febbraio 2026, il Programma Operativo 2026-2028 di prosecuzione del Piano di rientro sanitario, anche avvalendosi dell’AGENAS;
- entro il 31 marzo 2026 i Tavoli tecnici e i Ministeri affiancanti procedono alla valutazione del Programma Operativo, con eventuali prescrizioni vincolanti;
- l’assegnazione e l’erogazione delle risorse di cui al comma 381 avvengono nella misura del 50 per cento entro sessanta giorni dalla definitiva approvazione del Programma Operativo;
- entro il 28 febbraio 2026 la Regione Molise è tenuta ad adottare un piano finalizzato alla copertura, entro il 31 dicembre 2027, del disavanzo sanitario residuo.

Il presente documento è stato redatto in continuità con il percorso programmatico e istruttorio già avviato, tenuto conto che il Programma Operativo 2025-2027 risulta predisposto dalla Struttura Commissariale come previsto dall’ex art. 1 comma 383 della legge n. 207/2025.

In coerenza con “Le linee di indirizzo per la predisposizione dei Programmi operativi di prosecuzione del piano di rientro 2022-2025”, trasmesse dal Ministero della Salute con Nota prot. n. 38 del 30/03/2022, in assenza di aggiornamenti

Ministeriali, nella formulazione del Programma Operativo della Regione Molise 2026-2028, 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.

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 (fonte dati: assistiti con residenza in Molise e con medico assegnato al 01/01/2026).

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 relazioni cinematiche favorevoli.

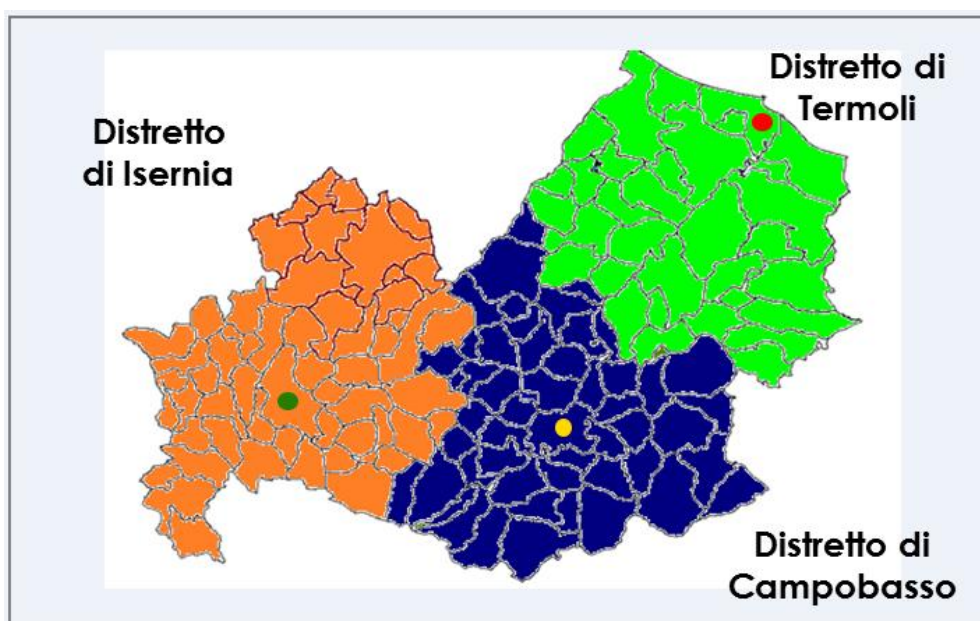


Figura 1 - Configurazione dei Distretti Socio Sanitari ASReM

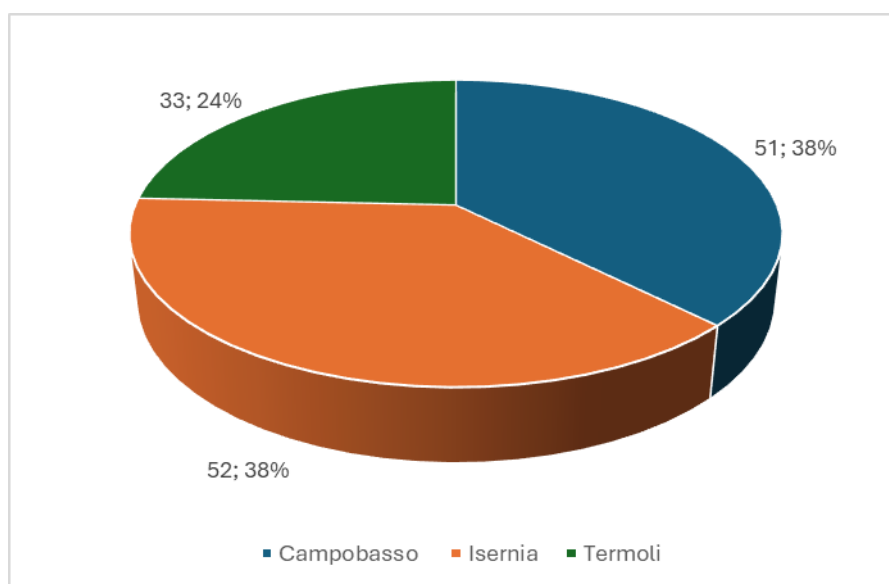


Figura 2 - Distribuzione Comuni per Distretto

1.2.1 Il contesto demografico

Il numero di assistiti con medico assegnato e residenza in regione Molise risulta, al 01/01/2026, di 269.533 unità, pari allo 0,46% 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	53.465	55.872	109.337	40,57%	19,84%	20,73%
Isernia	35.238	36.374	71.612	26,57%	13,07%	13,50%
Termoli	43.381	45.203	88.584	32,87%	16,09%	16,77%
Totale ASReM	132.084	137.449	269.533		49,00%	51,00%

Le Tabelle seguenti mostrano la distribuzione della popolazione per Distretto, sesso e fascia di età; la lieve prevalenza del sesso femminile (51%) è spiegabile dalla mortalità più elevata e più precoce negli uomini.

Popolazione totale ASReM per fasce di età							
Province	0 – 14 anni		15 – 64 anni		65 + anni		Totale
	N.	%	N.	%	N.	%	N.
Campobasso	20.091	72,71%	121.462	73,96%	56.368	72,56%	197.921
Isernia	7.539	27,29%	42.755	26,04%	21.318	27,44%	71.612
Totale ASReM	27.630	10%	164.217	61%	77.686	29%	269.533

Popolazione maschile ASReM per fasce di età							
Province	0 – 14 anni		15 – 64 anni		65 + anni		Totale
	N.	%	N.	%	N.	%	N.
Campobasso	10.355	72,69%	61.416	73,93%	25.075	72,13%	96.846
Isernia	3.891	27,31%	21.659	26,07%	9.688	27,87%	35.238
Totale ASReM	14.246	11%	83.075	63%	34.763	26%	132.084

Popolazione femminile ASReM per fasce di età							
Province	0 – 14 anni		15 – 64 anni		65 + anni		Totale
	N.	%	N.	%	N.	%	N.
Campobasso	9.736	72,74%	60.046	74,00%	31.293	72,90%	101.075
Isernia	3.648	27,26%	21.096	26,00%	11.630	27,10%	36.374
Totale ASReM	13.384	10%	81.142	59%	42.923	31%	137.449

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 (29% vs %), 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 2025, i valori più alti si osservano nella zona di Isernia, mentre Termoli e Campobasso presentano valori più contenuti e simili.

1.2.2 Gli indici demografici

La popolazione Molisana sta 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 2025 ci sono 64,1 individui a carico per ogni 100 che lavorano.

Indice di dipendenza strutturale												
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Isernia	52,8	53,7	54,4	54,8	55,4	56,6	58,25	59,5	60,54	61,13	61,6	67,49
Campobasso	54,3	54,9	55	55,3	55,6	55,9	56,93	58,3	58,54	58,65	59	62,95
MOLISE	53,9	54,6	54,8	55,2	55,5	56,1	57,29	58,6	59,08	59,33	59,7	64,13

ITALIA	54,8	55,4	55,8	56,1	56,2	56,4	56,73	57,3	57,46	57,45	57,6	
---------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	--------------	-------------	--------------	--------------	-------------	--

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 2025, ci sono 47,3 anziani per ogni 100 individui residenti.

Indice di dipendenza anziani												
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Isernia	35,3	36,2	37	37,5	38,1	39,2	40,67	41,9	43,01	43,76	44,5	49,86
Campobasso	35,2	36,1	36,4	37	37,6	38,2	39,36	40,7	41,17	41,54	42,2	46,41
MOLISE	35,2	36,1	36,6	37,1	37,7	38,5	39,72	41	41,67	42,15	42,8	47,31

ITALIA	33,3	34	34,5	35	35,4	35,8	36,42	37	37,48	37,85	38,4	
---------------	-------------	-----------	-------------	-----------	-------------	-------------	--------------	-----------	--------------	--------------	-------------	--

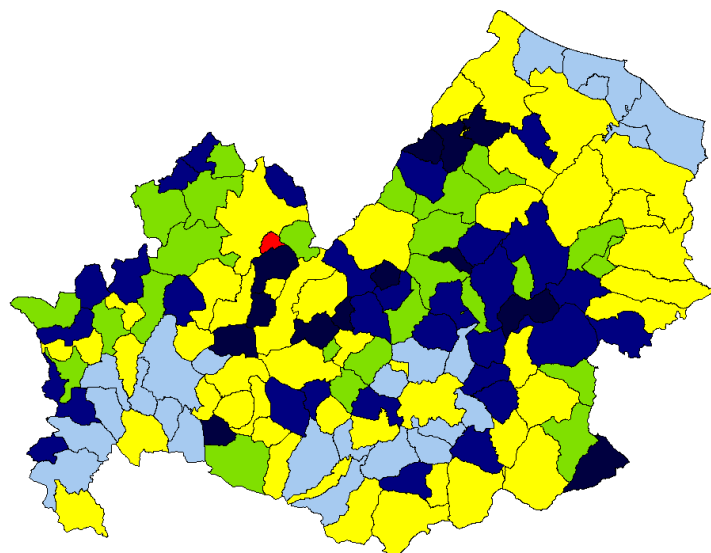
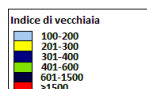
Indice di vecchiaia: è dato dal rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100, misura della velocità di ricambio generazionale di una popolazione, ha raggiunto, in Molise il valore di 281,2, equivalente a quasi 3 anziani ogni giovane under15. Il Molise è la 2° regione in Italia.

Indice di vecchiaia												
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Isernia	202,6	207,7	212,9	216,6	220,7	225,5	231,27	237	245,46	251,96	260,6	282,77
Campobasso	183,6	191,1	196,4	202,1	208,2	215	224,07	231,6	237	242,7	250,5	280,56
MOLISE	188,6	195,5	200,8	206	211,6	217,9	226,05	233,1	239,33	245,3	253,3	281,17

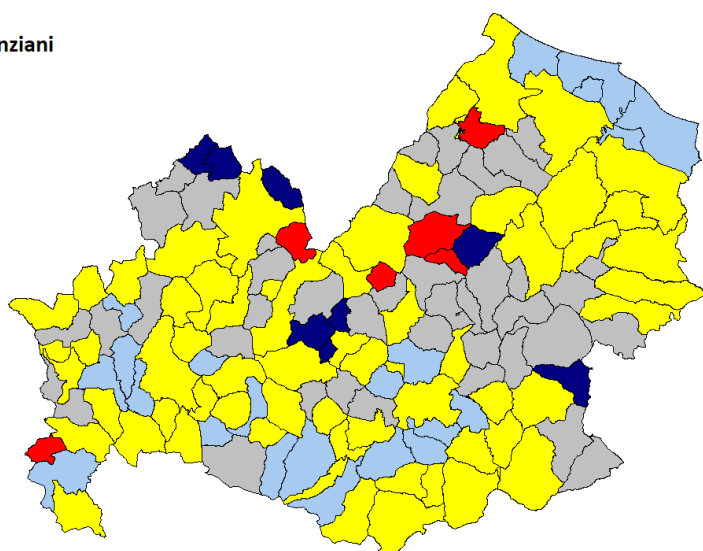
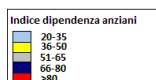
ITALIA	154,6	158,3	162	165,9	169,5	174	179,35	182,6	187,61	193,1	199,8	
---------------	--------------	--------------	------------	--------------	--------------	------------	---------------	--------------	---------------	--------------	--------------	--

La maggiore incidenza percentuale di anziani 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.

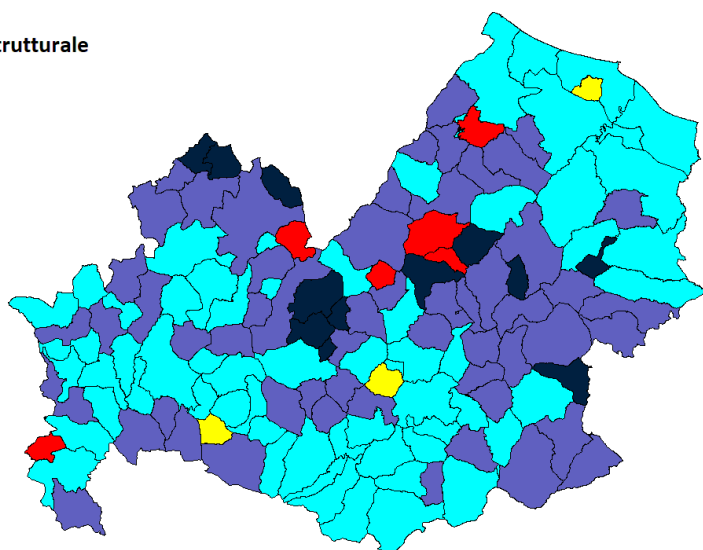
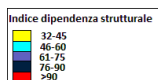
Indice di vecchiaia



Indice di dipendenza anziani



Indice di dipendenza strutturale



La maggiore incidenza percentuale di anziani 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

Nel Programma Operativo 2023-2025 (PO), per garantire il raggiungimento degli obiettivi stabiliti e il monitoraggio dei risultati, sono stati istituiti i seguenti organismi:

- Con DCA N. 135/2024, il Tavolo Regionale che supervisiona l'attuazione dell'intero PO;
- Con DCA N. 138/2024, il gruppo di lavoro per il monitoraggio del Programma Operativo.

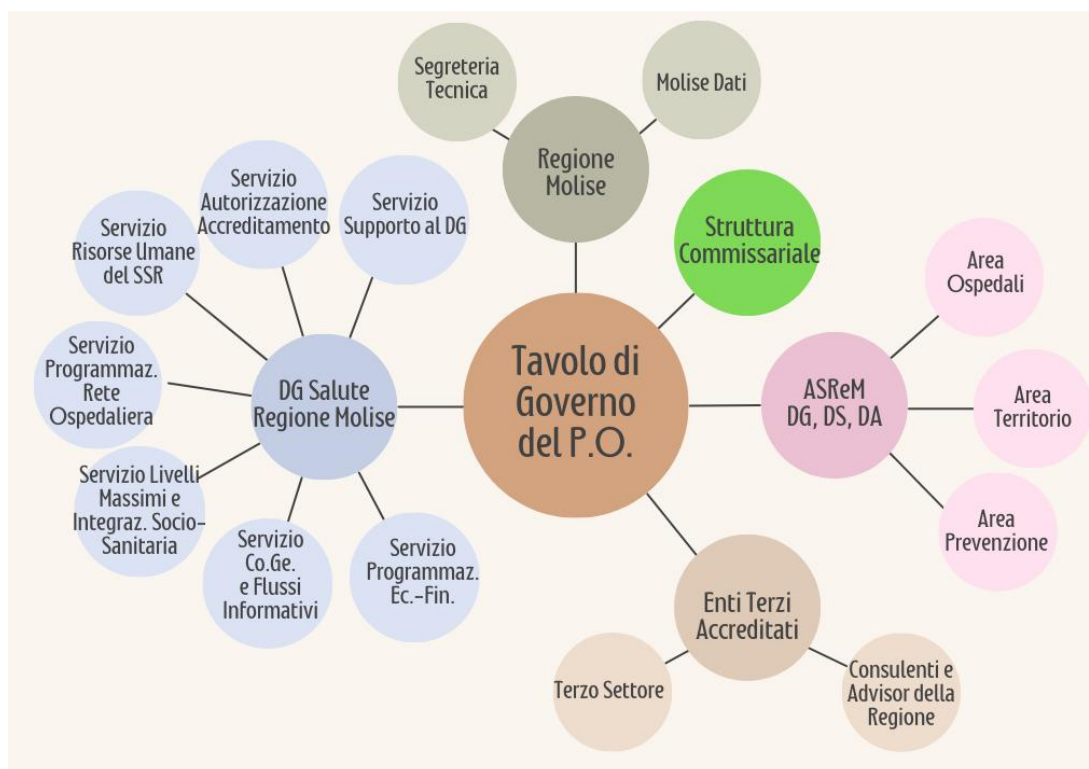
Questi due organismi continueranno a rappresentare lo strumento attraverso cui la Struttura Commissariale monitorerà l'avanzamento e l'attuazione delle azioni previste nel presente documento.

Si precisa che responsabilità della definizione e dell'attuazione del PO è interamente attribuita alla struttura commissariale, la quale, ferma restando l'opportunità di ascoltare gli attori del Servizio sanitario regionale (SSR), e di assicurarsi che la struttura amministrativa, in tutte le sue articolazioni, si adegui al PO e sia una parte attiva nel perseguimento degli obiettivi nei tempi e nelle dimensioni stabilite nei cronoprogrammi presenti in ogni area d'intervento.

Le principali funzioni di ciascun gruppo sono le seguenti:

1. Tavolo Regionale per l'attuazione del Programma Operativo (DCA N° 135/2024)

Tale Tavolo coinvolge rappresentanti della Struttura Commissariale e dell'ASREM, come illustrato nell'infografica seguente.



Obiettivo è il coinvolgimento di tutti i manager regionali e di ASREM in base alle loro competenze, ruoli e operatività. Tale modello di governance consente infatti di coinvolgere tutti i soggetti presenti nelle filiere assistenziali sia in fase di pianificazione che in quella di attuazione, garantendo un approccio integrato e multidisciplinare. Inoltre, questo modello

facilita la collaborazione tra i diversi livelli di governo sanitario regionale, assicurando che ogni attore, in base alle proprie competenze e responsabilità, contribuisca attivamente al raggiungimento degli obiettivi del Programma Operativo. La partecipazione diretta dei manager regionali e di ASREM permette di monitorare costantemente l'efficacia delle azioni e di adottare tempestivamente soluzioni correttive quando necessario, migliorando così l'efficienza e la qualità dei servizi sanitari erogati sul territorio. Il tavolo Regionale si riunisce con cadenza bimestrale su convocazione del Commissario ad Acta.

2. Gruppo di lavoro per il monitoraggio del Programma Operativo (DCA N° 138/2024)

Per garantire una verifica periodica delle azioni definite dal Tavolo Regionale, è stato istituito un gruppo di lavoro tecnico composto dalla Struttura Commissariale, dalla Direzione Generale per la Salute e dall'ASReM, con il compito di monitorare l'attuazione del Programma Operativo e adottare, se necessario, azioni correttive in caso di scostamenti tra quanto pianificato e quanto effettivamente realizzato. Il gruppo si riunisce trimestralmente e svolge le seguenti funzioni:

- Fornisce supporto tecnico all'attività di indirizzo amministrativo e controllo, monitorando i risultati delle azioni messe in atto per raggiungere gli obiettivi del Programma Operativo.
- Collabora con i responsabili degli interventi previsti dal Programma Operativo per garantire la corretta trasmissione di informazioni, documentazione e modulistica necessarie per certificare l'adempimento delle azioni, assicurando il rispetto delle tempistiche.
- Supporta la pianificazione degli interventi e l'attuazione di eventuali azioni correttive in caso di ritardi o disallineamenti rispetto agli obiettivi prefissati.
- Conduce le verifiche trimestrali sull'operato dell'ASReM, esaminando l'attuazione degli interventi previsti dal Programma e monitorando l'adozione di eventuali manovre correttive, come necessario.

Il Tavolo Regionale per l'attuazione del PO ed il predetto gruppo di lavoro per il monitoraggio si riuniscono con cadenza settimanale al fine di affrontare le diverse tematiche afferenti il SSR.

2.1.1 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 2026-2028

Azione 2.1.1 Monitoraggio trimestrale delle azioni previste nel PO e trasmissione dello stesso in occasione delle riunioni del Tavolo Tecnico di verifica

Indicatore 2.1.1 Scheda di monitoraggio

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 2026-2028	2.1.1 Monitoraggio trimestrale delle azioni previste nel PO e trasmissione dello stesso in occasione delle riunioni del Tavolo Tecnico di verifica.	rilevazione trimestrale	Scheda di monitoraggio	% di realizzazione delle azioni		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						

3 Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

Il Molise è tra le regioni italiane con la più bassa densità abitativa e con una struttura demografica caratterizzata dallo spopolamento inarrestabile (soprattutto giovanile) e dall'invecchiamento della popolazione. La popolazione residente al 1° gennaio 2025 è di 287.814 abitanti contro i 290.636 del 2023 (Dati ISTAT).

L'indice di vecchiaia è tra i più elevati del Paese, infatti, il Molise si contraddistingue per la longevità dei suoi abitanti e per il più alto tasso di centenari. Secondo il Censimento permanente della popolazione condotto dall'ISTAT, l'età media della popolazione molisana si è innalzata, passando da 48 anni del 2022 a 48,2 del 2023.

L'allarme demografico è dovuto anche al saldo naturale registrato negli ultimi anni, il numero dei decessi supera quello delle nascite.

Dal punto di vista territoriale, il fenomeno dello spopolamento colpisce soprattutto i piccoli comuni interni e montani. Il 72,6% della popolazione risiede nella provincia di Campobasso, il restante 27,4% in quella di Isernia (Dati ISTAT).

Tale situazione demografica incide direttamente sulla domanda di servizi sanitari e sull'organizzazione della prevenzione collettiva e dell'assistenza territoriale anche in rapporto alle patologie croniche prevalenti.

Secondo il Report PASSI dell'Istituto Superiore di Sanità, il 16,6% della popolazione adulta, con età compresa tra i 18 e i 69 anni, convive con almeno una patologia cronica. La cronicità complessiva cresce con l'età: dal 7% (under 34 anni) al 28% per i pazienti con età tra i 50 e i 69 anni.

I rapporti PASSI d'Argento (2022/2023) forniscono ulteriori informazioni sugli over 65: 1 su 2 presenta almeno una patologia cronica e 1 su 5 soffre di multimorbilità.

La Sorveglianza PASSI individua, per gli anni 2022/2023 e 2023/2024, una significativa prevalenza di malattie respiratorie croniche, cardiovascolari, diabete, tumori e malattie del fegato, in linea con il dato nazionale.

In continuità con le azioni intraprese nel Piano Regionale della Prevenzione (PRP) della Regione Molise 2020-2025, adottato con DCA n.119/2021, il presente Programma prevede interventi mirati alla Prevenzione Collettiva e alla Sanità Pubblica che saranno ampiamente attenzionati anche nella successiva definizione del prossimo PRP.

3.1 Piano della Prevenzione

Con il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 l'Italia ha rafforzato il quadro strategico per la prevenzione e la promozione della salute pubblica.

In particolare, il PNP 2020-2025 ha rappresentato uno strumento operativo per l'attuazione dei LEA dell'area "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" (Allegato 1 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 recante *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"*), contribuendo al potenziamento di interventi fondamentali quali gli screening oncologici, le vaccinazioni, la promozione di stili di vita salutari e altre azioni di sanità pubblica in coerenza con il *"Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria"* (Decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze 12 marzo 2019).

Il percorso di consolidamento dei LEA trova ulteriore impulso con l'adozione del D.M. 77/2022, che ha introdotto nuovi standard organizzativi, qualitativi e tecnologici per l'assistenza territoriale, con l'obiettivo, tra gli altri, di rafforzare la prevenzione, migliorare l'accesso ai servizi, aumentare la qualità e l'efficienza delle prestazioni e garantire la sostenibilità del sistema sanitario.

È prossimo alla sua adozione il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2026-2031 al quale viene affidata la precipua funzione di agevolare il collegamento e la integrazione dei principali "Piani di settore".

Le principali aree di integrazione riguardano:

- la prevenzione delle malattie infettive (sia prevenibili con immunizzazione che non);
- promozione della salute in gravidanza e nei primi 1000 giorni;
- cronicità e connessione con il relativo Piano Nazionale;
- malattie trasmesse con gli alimenti attraverso: integrazione tra i risultati della sorveglianza umana e quelli dei controlli di laboratorio sulle matrici alimentari e i collegamenti con il Piano Nazionale di contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (esposizione a rischi di mangimisti, allevatori e veterinari e rischi ambientali);
- malattie trasmesse da vettori, anche in merito alla sorveglianza sui nuovi insetti circolanti e sulle influenze dei cambiamenti climatici;
- gestione delle emergenze epidemiche umane e animali;
- igiene urbana veterinaria;

- produzione, commercio ed impiego di prodotti chimici tra cui i fitosanitari;
- prevenzione del “rischio chimico”, secondo un’ottica orientata alla tutela della salute e dell’ambiente;
- rapporti con la rete oncologica, i registri tumori, i Distretti e i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta (MMG e PLS), anche al fine di collegare le conoscenze sui siti contaminati e sulle relative sostanze chimiche con i percorsi di diagnosi clinica dei tumori;
- integrazione delle tematiche ambientali con quelle relative alla promozione della salute, in particolare per l’attuazione degli indirizzi adottati nella Settima Conferenza ministeriale della Regione europea dell’Organizzazione mondiale della sanità (OMS), svoltasi a Budapest nel 2023, del Green Deal Europeo (2019) e del Piano d’Azione UE per l’Inquinamento Zero del 2021, anche al fine di contribuire al raggiungimento degli obiettivi dell’Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile;
- relazione e integrazione a livello nazionale e territoriale, con le altre istituzioni deputate alla *governance* delle attività in materia di sicurezza sul lavoro, anche nell’ambito degli organismi delineati dal D.lgs. 81/2008 e s.m.i.

L’obiettivo del PNP 2026-2031 è duplice: da un lato, consolidare e mettere a sistema gli interventi già realizzati, favorendone l’implementazione e l’ampliamento a livello territoriale anche al fine di garantire un accesso più equo e omogeneo; dall’altro, rispondere con maggiore efficacia ai mutamenti epidemiologici, sociali, demografici e ambientali che caratterizzano l’attuale fase storica.

La visione del nuovo Piano, in continuità con il precedente, si fonda sull’approccio *One Health*, che riconosce la profonda interconnessione tra salute umana, animale ed ecosistemi.

Poiché la salute rappresenta il risultato di una molteplicità di determinanti, complessi e profondamente interconnessi, che vanno ben oltre il solo ambito sanitario, il nuovo PNP 2026-2031 ha confermato l’approccio di “Salute in tutte le politiche” (“*Health in All Policies*” – HiAP) che mira a costruire convergenze programmatiche, favorire il coinvolgimento del maggior numero di *stakeholder*, creare spazi di confronto e promuovere la cooperazione scientifica, sostenuta, in particolare, da una sistematica condivisione dei dati.

L’approccio di “*Salute in tutte le politiche*” richiede un’analisi puntuale delle variabili sociodemografiche e l’identificazione dei gruppi più esposti al rischio di disuguaglianze; lo svantaggio sociale rappresenta uno dei principali determinanti sfavorevoli alla salute e alla qualità della vita; le persone, le famiglie, i gruppi sociali e i territori più poveri di risorse e capacità sono maggiormente esposti ai fattori di rischio affrontati dal Piano e più vulnerabili agli stress che compromettono la resilienza individuale e collettiva, in particolare durante le fasi di vita più sensibili per lo sviluppo, come l’infanzia e l’adolescenza. Il PNP 2026-2031 conferma l’«Equità» quale tema trasversale che permea l’intero Piano.

Con il “*Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria*”, previsto dal D.M.12 marzo 2019 e operativo dal 1° gennaio 2020, sono stati introdotti specifici indicatori relativi all’equità, al bisogno e al contesto per il monitoraggio delle disuguaglianze, con l’obiettivo di garantire una maggiore omogeneità sia a livello geografico, intra e inter-regionale, che a livello sociale.

Dal punto di vista organizzativo, il PNP 2026–2031 punta a rafforzare l’efficacia e l’efficienza delle strategie e degli interventi di prevenzione, in particolare attraverso l’adozione dell’*Evidence-Based Prevention* (EBP), la valorizzazione delle buone pratiche raccomandate e il consolidamento dei programmi nazionali di prevenzione collettiva, come vaccinazioni e *screening* oncologici, mirando ad ottimizzare i processi di integrazione tra i servizi di prevenzione, cure primarie, assistenza sul territorio, ospedale e riabilitazione anche attraverso la definizione di Percorsi (Preventivo)-Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali - (P)PDТА. Parallelamente, il Piano sostiene l’importanza dell’utilizzo dei sistemi informativi e dei registri di sorveglianza e di patologia quali strumenti di supporto alla valutazione della performance e degli esiti.

La Regione Molise provvederà pertanto, conformemente ai contenuti dell’adottanda Intesa Stato-Regioni concernente il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) per gli anni 2026-2031, a recepire il documento con propri provvedimenti e a darne attuazione nel proprio territorio, adottando nel Piano Regionale della Prevenzione (PRP) le soluzioni organizzative più idonee in relazione alle esigenze della propria programmazione.

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2026-2031 ripropone l’articolazione nei seguenti Macro-Obiettivi che identificano le aree di intervento prioritarie per la Salute pubblica.:

- 1) Malattie croniche non trasmissibili;
- 2) Dipendenze e problemi correlati;
- 3) Incidenti stradali e domestici;
- 4) Salute, sicurezza e benessere dei lavoratori;
- 5) Ambiente, clima e salute;

6) Malattie infettive prioritarie;

7) Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

Il MO 7 «Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria», esplicitamente contemplato nel PNP 2026-2031, non trovava spazio nel PNP 2020-2025 mentre il tema della Sicurezza alimentare era stato demandato alla programmazione libera regionale.

L'unità operativa attraverso la quale la Regione darà attuazione al PNP continua ad essere rappresentata dal "Programma Predefinito": il PP, definito coerentemente alla specificità e all'analisi del contesto regionale, oltre ad essere l'elemento fondamentale di pianificazione e anche l'oggetto del monitoraggio del PRP.

Il PNP 2026-2031 individua i seguenti Programmi Predefiniti che verranno declinati a livello regionale in sede di adozione del PRP Molise per il 2026-2031:

- PP1: Scuole che Promuovono Salute;
- PP2: Comunità attive;
- PP3: Luoghi di lavoro che promuovono salute;
- PP4: Dipendenze;
- PP5: Piano mirato di prevenzione (PMP) per la definizione di modello di monitoraggio della qualità e dell'efficacia della formazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- PP6: Prevenzione del rischio cancerogeno e reprotossico professionale, del sovraccarico biomeccanico e dei rischi psicosociali;
- PP7: Prevenzione in edilizia, agricoltura e nell'utilizzo sicuro di macchine e attrezzature di lavoro;
- PP8: Screening oncologici organizzati per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori;
- PP9: Ambiente, clima e salute;
- PP10: Sorveglianza e controllo delle malattie infettive in ambito umano;
- PP11: Prevenzione nella gestione integrata della cronicità;
- PP12: Promozione della salute nei primi mille giorni;
- PP13: Malattie trasmissibili con gli alimenti, tutela della salute dei consumatori e nutrizione;
- PP14: Problematiche sanitarie emergenti nell'ambito degli animali da compagnia.

I Programmi Predefiniti rispondono principalmente all'esigenza di garantire, su tutto il territorio nazionale, il raggiungimento uniforme di standard prioritari di prevenzione e promozione della salute, rendendo più facilmente esigibili e misurabili i programmi del LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", attraverso l'adozione diffusa di metodologie, modelli e azioni basati su evidenze di costo-efficacia, nonché su raccomandazioni e buone pratiche validate e documentate, con particolare attenzione all'equità.

I Programmi Predefiniti:

- a) hanno caratteristiche uguali per tutte le Regioni;
- b) sono vincolanti, ovvero tutte le Regioni sono tenute ad implementarli;
- c) vengono monitorati attraverso indicatori (e relativi valori attesi) predefiniti ovvero uguali per tutte le Regioni.

Nel garantire il perseguimento degli obiettivi programmati sarà confermato, con i necessari aggiornamenti, un Nucleo di Coordinamento con funzioni di organizzazione, monitoraggio e controllo interno, con l'obiettivo di promuovere un confronto strutturato, a livello regionale e territoriale, con tutti gli stakeholders coinvolti per superare ritardi e difficoltà riscontrati nella fase attuativa del Piano.

3.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Al 31 dicembre 2025 si è concluso il Piano regionale prevenzione 2020/2025 che ha visto la Regione acquisire la certificazione per tutte le annualità oggetto di valutazione da parte del Ministero della Salute (sino all'esercizio 2024).

È in corso la fase di rendicontazione per il 2025 e l'avvio delle procedure per l'adozione del nuovo Piano.

Per la corrente annualità si provvederà, comunque, a dare continuità a tutti i programmi di prevenzione già consolidati nel corso dell'attuazione del citato PRP, nelle more della programmazione del nuovo Piano 2026-2031.

Obiettivo 3.1.1 Adozione del nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2026-2031

Azione 3.1.1.1 Recepimento del Piano Nazionale della Prevenzione

Indicatore 3.1.1.1 DCA

Azione 3.1.1.2 Inserimento in piattaforma ministeriale di proposta del PRP 2026-31 ed avvio interlocuzione con Min Sal

Indicatore 3.1.1.2 Piattaforma WEB Ministero

Azione 3.1.1.3 Adozione del Piano Regionale della Prevenzione

Indicatore 3.1.2.3 DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
3.1.1 Adozione del nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2026-2031	3.1.1.1 Recepimento del Piano Nazionale della Prevenzione	31/05/2026	DCA	Si/no	Nd	
	3.1.1.2 Inserimento in piattaforma ministeriale di proposta del PRP 2026-31 ed avvio interlocuzione con Min Sal	31/07/2026	Piattaforma WEB Ministero	Si/no	Nd	
	3.1.1.3 Adozione del Piano Regionale della Prevenzione	31/12/2026	DCA	Si/no	Nd	
Responsabile del procedimento attuativo						
Dirigente Responsabile del Servizio Prevenzione – Veterinaria e Sicurezza Alimentare della Direzione Generale per la Salute DG ASReM Dipartimento di Prevenzione ASReM						

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.

Si riportano di seguito gli indicatori relativi alle percentuali di adesione ai test di screening di primo livello, in programma organizzato per cervice, mammella e colon retto, anno 2023 posti a confronto con gli anni 2024 e 2025, (fonte NSG).

Percentuali di adesione		2023	2024	2025 [^]	Valori di riferimento	Fonte
				%		
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato	Cervicale	30,04	36	47	Sufficienza: ≥ 25% Atteso: ≥ 50%	NSG (P15Ca)
	Mammografico	39,23	41	52	Sufficienza: ≥ 35% Atteso: ≥ 60%	NSG (P15Cb)
	Colon-rettale	25	30	25	Sufficienza: ≥ 25% Atteso: ≥ 50%	NSG (P15Cc)

[^] Dato provvisorio

A livello regionale si evidenzia una ripresa delle attività di screening per due dei tre i programmi che confermano una crescente partecipazione della popolazione target:

- a) Per lo screening cervicale si rileva tra il 2023/2025 un incremento del +17%, dei test eseguiti;
- b) Per lo screening mammografico si rileva un incremento dei test eseguiti pari al 13%
- c) Per lo screening colon-rettole si rileva un incremento dell'adesione registrata nel 2024 una contrazione del dato per il 2025 segno della scarsa adesione della popolazione al programma di screening

Nel corso del 2025 si è intervenuti mediante azioni migliorative dell'organizzazione sistemica dei programmi e con una più efficace campagna di sensibilizzazione della popolazione target. Con conseguente incremento della adesione ai programmi organizzati di della cervice e della mammella.

È stato altresì attivato un call center dedicato all'attività di screening (gestione prenotazioni, recall, ecc).

Tali interventi hanno permesso un costante incremento delle adesioni, come evidenziato nell'ultimo monitoraggio per ciascun programma di screening.

Discorso a parte merita lo screening del colon retto per il quale dopo un incremento del dato nel corso del 2024 si è registrato per il 2025 una diminuzione della risposta. Al fine di incrementare specificamente l'attività di screening con il DCA n. 154/2025 è stato approvato il "Disciplinare Tecnico per l'integrazione dei Medici di Medicina Generale del Ruolo Unico di Assistenza Primaria nell'ambito del programma regionale di screening del Carcinoma del Colon Retto".

Tale provvedimento prevede il coinvolgimento congiunto delle farmacie e dei Medici di Medicina Generale (MMG) nel programma regionale di screening del carcinoma del colon retto. In particolare, le farmacie sono incaricate di:

1. distribuire i kit per lo screening direttamente all'utenza arruolabile nel programma;
2. fornire i kit ai MMG aderenti al progetto del relativo ambito territoriale, in base al numero richiesto.

L'utente, dopo aver effettuato la raccolta del campione a domicilio, riconsegna il kit alla farmacia di riferimento, la quale provvede:

- all'inserimento dei dati sulla piattaforma informatica;
- all'invio del kit al Deposito Intermedio.

Da qui, il materiale viene trasferito al Laboratorio Analisi per il processamento.

La partecipazione dei Medici di Medicina Generale alla Campagna di Screening del Carcinoma del Colon-Retto è stata altresì inserita come strutturale nel nuovo Accordo Integrativo Regionale per i rapporti con i Medici di Medicina Generale (DCA n.08 del 13/01/2026), nell'ambito degli obiettivi di salute da raggiungere per l'erogazione della parte variabile del compenso.

La L. 30.12.2025, n. 199 all'articolo 1 comma 340 ha previsto, tra l'altro, che al fine di potenziare le misure in materia di prevenzione collettiva e sanità pubblica, una quota del fabbisogno sanitario nazionale standard, pari a 238 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, è destinata al rafforzamento degli interventi nel settore, con particolare riferimento:

- a) al potenziamento dello screening mammografico per il tumore della mammella, allo scopo di estenderlo alle donne di età compresa tra 45 e 49 anni e tra 70 e 74 anni;
- c) al potenziamento dello screening per il tumore del colon-retto, allo scopo di estenderlo alle persone di età compresa tra 70 e 74 anni-

La regione provvederà all'estensione degli screening sopra indicati a segmenti di popolazione "target".

Importi aggiuntivi rispetto a quello previsto al suddetto comma 340, sono indicati, per il 2026, dal successivo comma 341, e sono destinati all'ulteriore potenziamento delle misure di prevenzione.

La Regione Molise, nell'ambito delle iniziative relative al Piano regionale della Prevenzione 2020-2025, ha attivato negli anni 2023-2024 e 2025 una compagna di screening per il diabete mediante test rapido a tutta la popolazione molisana residente.

Sono stati complessivamente eseguiti 1371 test di cui 110 risultati con valore superiore a 126.

3.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 3.2.1 Miglioramento delle prestazioni di screening oncologici

Azione 3.2.1.1 Potenziamento dello screening mammografico per il tumore della mammella, allo scopo di estenderlo alle donne di età compresa tra 45 e 49 anni e tra 70 e 74 anni

Indicatore 3.2.1.1: Adozione del DCA di adozione del PRP 2026/2031

Percentuale di persone appartenenti alla popolazione target che ha ricevuto un invito a partecipare allo screening oncologico nel periodo di riferimento (con evidenza del target esteso)

Azione 3.2.1.2 Potenziamento dello screening per il tumore del colon-retto, allo scopo di estenderlo alle persone di età compresa tra 70 e 74 anni

Indicatore 3.2.1.2: Adozione del DCA di adozione del PRP 2026/2031

Percentuale di persone appartenenti alla popolazione target che ha ricevuto un invito a partecipare allo screening oncologico nel periodo di riferimento.

Azione 3.2.1.3 Monitoraggio semestrale del numero degli inviti trasmessi e delle prestazioni effettuate per ciascun programma di screening

Indicatore 3.2.1.3: Tasso di Invito alla Popolazione Target

Descrizione: Percentuale di persone appartenenti alla popolazione target che ha ricevuto un invito a partecipare allo screening oncologico nel periodo di riferimento. (con evidenza del target esteso)

Calcolo: (Numero di inviti trasmessi nel trimestre / Popolazione target nel trimestre) × 100

Valore Target: ≥ 95%

Indicatore 3.2.1.3 Tasso di Adesione allo Screening

Descrizione: Percentuale di persone invitate che hanno effettivamente partecipato allo screening.

Calcolo: (Numero di prestazioni di screening effettuate / Numero di inviti trasmessi) × 100

Valore Target: ≥ 50%

Azione 3.2.1.4 Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno

Indicatore 3.2.1.4 Relazione

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	3.2.1.1 Potenziamento dello screening mammografico per il tumore della mammella, allo scopo di estenderlo alle donne di età compresa tra 45 e 49 anni e tra 70 e 74 anni	31/12/2026	DCA di adozione del PRP 2026/2031	Si/no		
	3.2.1.2 Potenziamento dello screening per il tumore del colon-retto, allo scopo di estenderlo alle persone di età compresa tra 70 e 74 anni	31/12/2026	DCA di adozione del PRP 2026/2031	Si/no		
	3.2.1.3 Monitoraggio semestrale del numero degli inviti trasmessi e delle prestazioni effettuate per ciascun programma di screening	30/06/2026 31/12/2026 30/06/2027 31/12/2027 30/06/2028 31/12/2028	Report semestrale	Tasso di Invito alla Popolazione Target e tasso di adesione (con evidenza del target esteso)		
	3.2.1.4 Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno	31/12/2026 31/12/2027 31/12/2028	Relazione	Si/no		
	Responsabile del procedimento attuativo					
Referente regionale degli screening DG ASReM Dipartimento di Prevenzione ASReM Dirigente Responsabile del Servizio Prevenzione – Veterinaria e Sicurezza Alimentare delle Direzione Generale per la Salute						

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 in tre centri vaccinali principali di Campobasso, Isernia e Termoli ed in una serie di ambulatori territoriali. 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 2022/2023/2024:

Vaccinazioni in età pediatrica e antinfluenzale anziano		2022	2023	2024	Valori di riferimento	Fonte
		%	%	%		
Vaccinazioni in età pediatrica – coperture a 24 mesi (per 100 abitanti)	Polio (a)	95,5%	95,1%	95,8%	Sufficienza: $\geq 92\%$	NSG (P01C)
	Difterite (a)	95,5%	95,1%	95,8%		
	Tetano (a)	95,5%	95,1%	95,8%		
	Pertosse (a)	95,5%	95,1%	95,8%		
	Epatite B (a)	95,5%	95,1%	95,8%	Eccellenza: $\geq 95\%$	NSG (P02C)
	Hib (b)	96,0%	95,1%	95,8%		
	Morbillo (c)	94,0%	94,5%	96,5%		
	Parotite (c)	94,0%	94,5%	96,5%		
Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano				52,8%	Sufficienza: $\geq 75\%$	NSG (P06C)

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

I dati sulle coperture vaccinali per l'anno 2025, in fase di consolidamento, dimostrano ancora una volta un andamento in linea con i valori di riferimento:

Vaccinazioni in età pediatrica e antinfluenzale anziano		2025
		%
Vaccinazioni in età pediatrica – coperture a 24 mesi (per 100 abitanti)	Polio (a)	95,2%
	Difterite (a)	95,2%
	Tetano (a)	95,2%
	Pertosse (a)	95,2%
	Epatite B (a)	95,2%
	Hib (b)	96,1%
	Morbillo (c)	95,9%
	Parotite (c)	95,9%
Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano*		47%

**il dato di copertura per la vaccinazione antinfluenzale è da ritenersi parziale in quanto la campagna vaccinale è in corso alla data di stesura del presente documento.*

Per quello che riguarda l'innovazione nella pratica vaccinale, la Regione Molise ha proseguito nel corso del 2025 la campagna di immunizzazione gratuita e su base volontaria per proteggere i neonati e i bambini dal virus respiratorio sinciziale avviata nel novembre 2024. La campagna di immunizzazione è realizzata nei punti nascita degli Ospedali regionali e nei centri vaccinali del Dipartimento di Prevenzione. I bambini nati tra novembre e marzo ricevono l'immunizzazione direttamente presso i Punti Nascita degli Ospedali di Campobasso, Termoli e Isernia, tra le 24 e le 48 ore dopo la nascita, o comunque prima della dimissione. I bambini nati tra Aprile e settembre, vengono immunizzati prima dell'inizio della stagione epidemica per RSV e comunque prima del compimento del 13° mese di vita a cura dei Centri vaccinali del Dipartimento Unico di Prevenzione di Campobasso, Isernia e Termoli. Sono state somministrate in totale, alla data di stesura del presente documento **n. 1160 dosi di anticorpo monoclonale**.

Il Dipartimento ha inoltre provveduto a stilare un apposito protocollo per la conduzione della predetta campagna di immunizzazione che è stato aggiornato nel 2025, unitamente alla revisione del consenso informato specifico, del modulo informativo per i genitori ed alla redazione di una breve guida ad uso degli operatori.

È proseguita anche la somministrazione dei vaccini anti-RSV per le donne in gravidanza e per gli adulti over 65, introdotti sempre nel 2024 nell'offerta vaccinale dei Centri del Dipartimento Unico di Prevenzione (n. di dosi somministrate: 270)

Il 31.12.2025 si sono concluse le attività previste dal PL14 "Integrazione Calendario per la Vita" inserito nel Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025, che hanno riguardato:

- la ripresa ed implementazione della campagna vaccinale anti Zoster, con chiamata attiva dei nati a partire dalla coorte del 1952, ovvero la coorte per la quale la vaccinazione non è stata completata a motivo della pandemia; n. di dosi somministrate durante il progetto: 6868
- recupero ed estensione della gratuità della vaccinazione anti HPV a maschi e femmine fino ai 25 anni di età (coorti di età a partire dall'anno di nascita 1995), con chiamata attiva; n. di dosi somministrate durante il progetto: 26188.

In riferimento invece alla campagna di vaccinazione antinfluenzale, al fine di implementare le attività vaccinali su tutto il territorio regionale, il Dipartimento Unico di Prevenzione ha organizzato un ciclo di Open Day vaccinali nei centri vaccinali principali di Campobasso, Isernia e Termoli, dedicato in primo luogo alla vaccinazione antinfluenzale, alla vaccinazione anti-Covid, alla vaccinazione antipneumococcica ed anti RSV. Nei predetti centri è stato inoltre aperto un ulteriore ambulatorio dedicato specificatamente alla vaccinazione antinfluenzale ed alle vaccinazioni per adulti ed adulti fragili. Inoltre, per raggiungere la popolazione residente al di fuori dei tre centri principali, il Dipartimento di Prevenzione ha organizzato negli ambulatori vaccinali territoriali delle giornate dedicate, ulteriori rispetto a quelle già programmate di routine. È stata effettuata la chiamata attiva per tutte le strutture residenziali, socio-assistenziali e di riabilitazione psichiatrica, per la verifica della copertura vaccinale e dove necessario, con intervento diretto dei Dirigenti Medici della U.O.C. di Igiene e Sanità Pubblica per la somministrazione della vaccinazione antinfluenzale, del vaccino anti-COvid e dell'antipneumococco.

Per quello che concerne la formazione del personale dedicato alle attività vaccinali, il Dipartimento Unico di Prevenzione ha organizzato i seguenti eventi formativi:

- Corso ECM *"Vaccinazioni e prevenzione. I vaccini ci avvicinano e ci proteggono"*, tenutosi a Campobasso il 28/06/2025, con l'erogazione di 9,1 crediti
- Corso ECM *"Prevenzione e controllo dell'influenza e delle malattie respiratorie. Vaccini disponibili e strategie a tutela della salute dei cittadini molisani"* – tenutosi a Campobasso il 18/10/2025, con l'erogazione di 9,1 crediti.

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 oltre ad un potenziamento della partecipazione dei Medici di Famiglia.

In tal senso è stato inserito nell'Accordo Integrativo Regionale per i rapporti con i Medici di Medicina Generale (DCA n.08 del 13/01/2026) l'obbligo di partecipazione alla campagna di vaccinazione antinfluenzale, in superamento della partecipazione su base volontaria di cui al previgente accordo, e la riorganizzazione del modello organizzativo della campagna stessa. I Medici di Medicina Generale, pertanto, parteciperanno obbligatoriamente alla campagna vaccinale non più come singoli professionisti, ma organizzati e coordinati nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali AFT, per le quali saranno individuati dei volumi minimi di vaccinazioni da raggiungere sulla base della popolazione target, ai quali sarà vincolata l'erogazione di una parte variabile del compenso. Tale nuova impostazione consentirà di valorizzare altresì il potenziale erogativo delle Case di Comunità verso l'intero bacino di utenza di riferimento, includendo nella rete i Medici di Medicina Generale ad attività oraria Diurna negli ambulatori delle Case di Comunità stesse.

Si descrivono di seguito le azioni da realizzare nel triennio 2026-2028:

- Aumentare la copertura vaccinale e l'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)
- Promuovere la creazione di gruppi di lavoro interdisciplinari per la strutturazione di scambi di informazioni sui soggetti a rischio con patologie croniche, in carico ai Medici curanti (MMG, Cardiologi, Diabetologi, Pneumologi, Reumatologi, Nefrologi), che necessitino di vaccinazione anti influenzale per la prevenzione delle complicanze
- Creare occasioni di informazione e sensibilizzazione sulle malattie infettive e quelle prevenibili con vaccino rivolte al Personale Sanitario;
- pianificare 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).

Al fine di potenziare programmi di prevenzione e sorveglianza sulle patologie, con DCA n. 4 del 23.01.2024 è stato ricostituito il Gruppo Tecnico Regionale per le vaccinazioni che garantirà il supporto tecnico/scientifico per la programmazione regionale.

3.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

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

Azione 3.3.1.1 Estensione delle vaccinazioni antinfluenzali-anziano mediante accordi con farmacisti, MMG, e il potenziamento dei Centri vaccinali ASReM

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

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 delle vaccinazioni antinfluenzali-anziano mediante gli accordi con farmacisti, MMG, e il potenziamento dei Centri vaccinali ASReM	31/12/2026 31/12/2027 31/12/2028	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).	31/12/2026 31/12/2027 31/12/2028	Reazione ASReM/Regione	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 DG ASReM Dipartimento di Prevenzione ASReM						

3.4 Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro

Nel corso del 2025 nella Regione Molise si è registrato un aumento degli infortuni sul lavoro con un totale di n. 1.785 denunce. Gli eventi con esito mortale sono stati 5 con un aumento di un caso rispetto al 2024. Le vittime sono tutte di sesso maschile nel range di età 26-60 anni. I lavoratori deceduti erano addetti all'agricoltura nel numero di 2 unità, nel settore industriale per ulteriori 2 unità mentre il comparto dell'edilizia ha fatto registrare il quinto evento mortale. Quattro casi si sono verificati nella provincia di Campobasso e un caso nella provincia di Isernia.

La provincia di Campobasso ha registrato n. 1.397 infortuni con un aumento di n. 40 casi rispetto al 2024, mentre nella provincia di Isernia i casi di infortunio sono stati n. 388 con una flessione di n. 11 eventi rispetto all'anno 2024.

Gli infortuni hanno coinvolto lavoratori nel 62% dei casi e lavoratrici per il restante 38%.

L'industria manifatturiera e l'edilizia sono i comparti più colpiti; più precisamente i settori che, nel corso del 2025, hanno evidenziato una maggiore incidenza di infortuni nel contesto produttivo regionale risultano i seguenti: industria manifatturiera (11%), edilizia (10%), sanità (10%) e agricoltura (9%).

Il trend crescente evidenzia criticità strutturali nonostante le azioni di prevenzione implementate.

Tuttavia, con riferimento al profilo «Istruzione e Formazione» il Rapporto BEST ISTAT 2025, il Molise si conferma su livelli di benessere migliori rispetto al Mezzogiorno, che è in posizione di svantaggio per quasi tutti gli indicatori, e per lo più in linea con la media nazionale. Le sole eccezioni sono rappresentate in negativo dalla percentuale di giovani che non lavorano e non studiano (NEET) (19,0 per cento, +3,8 punti percentuali rispetto all'Italia nel 2024) e, in positivo, dalla quota di persone (25-64 anni) con almeno il diploma (68,9 per cento; oltre 2 punti percentuali in più che in Italia e 10 in più del Mezzogiorno nel 2024) e dal tasso di passaggio all'università (59,7 per cento nel 2022), indicatore che esprime un forte vantaggio rispetto all'Italia e ancora di più in confronto al Mezzogiorno (+8 e +12,3 punti percentuali).

I fattori di infortunio possono essere così riassunti:

- obsolescenza dei macchinari, specie nelle piccole aziende che non rispettano i requisiti essenziali di sicurezza;
- formazione generale e specifica trascurata e/o insufficiente;
- età media elevata dei lavoratori nel comparto dell'edilizia e dell'agricoltura;
- irregolarità: dal rapporto dell'Ispettorato Nazionale del Lavoro emerge una preoccupante presenza di lavoratori "in nero" o del "caporalato" diffuso, seppur in misura più contenuta rispetto ad altre regioni meridionali, precipuamente nel comparto dell'edilizia e dell'agricoltura.

Sul piano della sorveglianza l'Azienda sanitaria unica regionale del Molise (ASReM), come molte altre aziende sanitarie italiane, affronta una grave carenza di dirigenti medici, compresi quelli con competenze specifiche in igiene e sanità pubblica ed in medicina del lavoro, fondamentali per il regolare funzionamento della Struttura Complessa di Prevenzione in Ambienti di Lavoro. Anche i tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro attualmente assegnati alla SC PSAL risultano in numero ampiamente insufficiente rispetto ai fabbisogni della struttura stessa. Tale grave e cronica carenza di personale è un fenomeno strutturale che riflette difficoltà più ampie nel reclutamento e nel mantenimento di personale sanitario specialistico in numerose regioni italiane e che comunque ha un impatto negativo sulla capacità dell'Azienda di mantenere costantemente un livello alto di copertura delle attività di prevenzione, vigilanza e protezione della salute nei luoghi di lavoro.

Il personale assegnato alla Struttura Complessa Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro al 31.12.2025 consta di n. 1 dirigente medico, n. 9 tecnici della prevenzione, n.1 amministrativo: la evidente insufficienza emerge dal contesto di riferimento che vede impegnata la suddetta Struttura aziendale che coincide con l'intero territorio regionale e con i carichi di lavoro assolutamente eccessivi in rapporto alla attuale effettiva consistenza dell'organico.

Il quadro è ulteriormente aggravato dalla circostanza che l'attività dell'unico dirigente medico presente è per la quasi totalità assorbita da attività ispettive di natura giudiziaria delegate dalle tre Procure della Repubblica presenti nel territorio regionale ovvero da attività di CTU affidate dai Tribunali civili e penali.

La programmazione degli interventi di prevenzione negli ambienti di lavoro si basa sull'imprescindibile ed improcrastinabile potenziamento del personale in organico alla Struttura Complessa PSAL dell'ASReM e sull'implementazione di interventi mirati su quei settori e su quelle situazioni di maggior rischio per i lavoratori come evidenziate dall'andamento infortunistico regionale nell'ultimo quinquennio, con l'obiettivo di ridurre nella maggior misura possibile la probabilità statistica che i lavoratori hanno di subire danni alla salute da esposizione professionale.

Con il nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2026-2031 la Regione Molise definirà specifiche azioni di prevenzione e contrasto agli infortuni nell'ambito dei seguenti programmi predefiniti:

PP5: Piano mirato di prevenzione (PMP) per la definizione di modello di monitoraggio della qualità e dell'efficacia della formazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;

PP6: Prevenzione del rischio cancerogeno e reprotossico professionale, del sovraccarico biomeccanico e dei rischi psicosociali;

PP7: Prevenzione in edilizia, agricoltura e nell'utilizzo sicuro di macchine e attrezzature di lavoro.

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 Piano mirato di prevenzione in edilizia: Ponteggi e prevenzione cadute dall'alto

Indicatore 3.4.1.1 Documentazione, produzione evidenze e rendicontazione nella piattaforma web ministeriale del PNP 2020-2025

Azione 3.4.1.2 Piano mirato di prevenzione in agricoltura: Antiribaltamento dei trattori. Movimentazione manuale dei carichi"

Indicatore 3.4.1.2 Documentazione, produzione evidenze e rendicontazione nella piattaforma del PNP 2020-2025

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 Piano mirato di prevenzione in Edilizia: Ponteggi e prevenzione cadute dall'alto	31/12/2026	Somministrazione questionari per fabbisogno formativo, formazione, vigilanza. Documentazione, rendicontazione delle attività.	Si/no		
	3.4.1.2 Piano mirato di prevenzione in Agricoltura: 1) Antiribaltamento dei trattori. 2) Movimentazione manuale dei carichi"	31/12/2026	Somministrazione questionari per fabbisogno formativo, formazione, vigilanza. Documentazione, rendicontazione delle attività	Si/no		
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 (è in programma un corso dedicato), Sorveglianza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi, Piano Residui, Additivi. È necessario ridefinire le procedure regionali dell'allerta alimentare per le quali sarà previsto lo studio di una gestione informatizzata.

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 ed è attivo il piano di sorveglianza della Peste Suina Africana.

Per quanto riguarda la prevenzione e il contrasto al randagismo il DCA 100/2020 prevedeva l'adozione di specifiche misure di difficile esecuzione, anche in ragione della sospensione delle attività sul territorio dovute all'emergenza pandemica oltre che alla carenza di personale. Con la recente istituzione da parte dell'ASReM della struttura organizzativa dedicata alla gestione del randagismo, è stato avviato un percorso finalizzato al rafforzamento delle azioni di contrasto.

3.5.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 3.5.1 Adozione di un Piano di eradicazione della malattia di Aujeszky finalizzato all'ottenimento della qualifica di indenne della Regione Molise

Azione 3.5.1.1 Procedure per l'adozione del Piano di eradicazione della malattia di Aujeszky attraverso il coordinamento di Asrem ed IZS

Indicatore 3.5.1.1 DCA

Obiettivo 3.5.2 Programma di formazione sul sistema di Qualità Nazionale Benessere Animale e Sostenibilità

Azione 3.5.2.1 Organizzazioni di un corso di formazione e aggiornamento del personale

Indicatore 3.5.2.2 Relazione

Obiettivo 3.5.3 Realizzazione del software regionale per la gestione informatizzata e comune delle allerte alimentari e dei mangimi tra Serv.vet. regionale ed Uffici del Dipartimento di Prev. Asrem

Azione 3.5.3.1 Studio delle modalità applicative tra tecnici Informatici e veterinari Asrem.

Indicatore 3.5.3.2 Messa in esercizio dell'applicativo

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
3.5.1 Adozione di un Piano di eradicazione della malattia di Aujeszky finalizzato all'ottenimento della qualifica di indenne della Regione Molise	3.5.1.1 Procedure per l'adozione del Piano di eradicazione della malattia di Aujeszky attraverso il coordinamento di Asrem ed IZS	31/03/2026	DCA	si/no	nd	
3.5.2 Programma di formazione sul sistema di Qualità Nazionale Benessere Animale e Sostenibilità	3.5.2.1 Organizzazione di un corso di formazione e aggiornamento del personale	31/12/2026	Relazione	si/no	nd	
3.5.3 Realizzazione del software regionale per la gestione informatizzata e comune delle allerte alimentari e dei mangimi tra Serv.vet. regionale ed Uffici del Dipartimento di Prev. Asrem	3.5.3.1 Studio delle modalità applicative tra tecnici Informatici e veterinari Asrem.	30/06/2026	Messa in esercizio dell'applicativo	si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Dirigente Responsabile del Servizio Prevenzione – Veterinaria e Sicurezza Alimentare della Direzione Generale per la Salute Dipartimento di Prevenzione ASReM – S.C. Sanità Animale						

4 Assistenza Territoriale/ Distrettuale

Con l'approvazione del DCA 80/2024 la Regione Molise ha avviato un importante processo di rafforzamento della propria rete territoriale, puntando su un modello di assistenza integrata sostenuto in gran parte dalle risorse derivanti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). I risultati ottenuti in questo periodo hanno posto solide basi per il rilancio e l'ampliamento dei servizi territoriali, con l'obiettivo di rispondere alle crescenti necessità della popolazione molisana.

In particolare, la Regione Molise si concentrerà sull'implementazione di interventi che riguardano la Casa della Comunità (CdC), gli Ospedali di Comunità (OdC), le Centrali Operative Territoriali (COT) e il potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare attraverso l'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFoC). Inoltre, verrà consolidata l'efficienza e l'efficacia dei servizi con l'adozione della Centrale Operativa 116117 e delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA), favorendo la transizione digitale attraverso strumenti innovativi previsti dalla Missione 6 Salute del PNRR.

Il triennio 2026-2028 vedrà pertanto la piena attuazione di queste azioni, con l'obiettivo di garantire una maggiore equità nell'accesso ai servizi sanitari e un'assistenza integrata, tempestiva e di qualità per tutti i cittadini.

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

Assistenza domiciliare	2021	2022	2023	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	1,73	3,29	4,93	Sufficienza: $\geq 2,6$ Atteso: ≥ 4	NSG (D22Z)
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA2 (Numero GEA / numero GdC) = 0,31 - 0,50). GEA: Giornate effettive di assistenza	4,01	7,97	9,60	Sufficienza: $\geq 1,9$ Atteso: $\geq 2,5$	
Tasso di pazienti trattati in ADI CIA 3 (Numero GEA / numero GdC) = > 0,50). GEA: Giornate effettive di assistenza	3,11	5,36	7,08	Sufficienza: $\geq 1,5$ Atteso: ≥ 2	
Fonte NSG					

Assistenza residenziale e semiresidenziale anziani non autosufficienti	2021	2022	2023	Valori di riferimento	Fonte
Numero di anziani non autosufficienti (>75 aa), in trattamento sociosanitario residenziale per intensità di cura (R1, R2, R3), ogni 1.000 abitanti	11,61	12,78	10,97	Sufficienza: $\geq 24,6$ Atteso: ≥ 41	NSG (D33Za)
Fonte NSG					

4.1 Assistenza primaria e continuità assistenziale

Il riordino della rete dell'Assistenza Primaria e la rimodulazione dei servizi di Medicina Generale ad attività oraria, ivi compresa la riorganizzazione del servizio di Continuità Assistenziale in coerenza con i nuovi standard nazionali sono obiettivi prioritari della struttura commissariale.

Attualmente sono convenzionati a tempo indeterminato presso ASReM 213 MMG a ciclo fiduciario e 67 MMG a quota oraria, ovvero di continuità assistenziale, di cui 23 con incarico esclusivo nella Continuità Assistenziale e 44 con concomitante incarico di Assistenza Primaria. I medici incaricati a tempo indeterminato nel Ruolo Unico di Assistenza introdotti dall'Accordo Collettivo Nazionale 2019-2021 sono 5.

Il servizio di Continuità Assistenziale ha prodotto, nell'anno 2024, 283.297 ore remunerate, in decremento rispetto gli anni precedenti a causa della carenza di medici disponibili.

Non sono presenti attualmente in regione forme associative avanzate della Medicina Generale atte a garantire una presa in carico condivisa oltre le medicine di rete e le medicina di gruppo di cui all'Accordo Collettivo Nazionale 23 marzo 2005 e ssmmii. Il 55% dei professionisti non è inserito in alcuna forma associativa e non esercita dunque la sua attività secondo standard organizzativi avanzati.

Al fine di potenziare l'assistenza primaria in un'ottica di prossimità, accessibilità e multidisciplinarietà in coerenza con quanto previsto dal DM n.77 del 23 maggio 2022 e dal PNRR, la Regione Molise ha deciso di attivare a regime entro il 2026 tredici CdC suddividendole tra Hub e Spoke, nel rispetto dello standard di una CdC Hub ogni 40.000 abitanti. Complessivamente la regione attiverà una CdC Hub o Spoke ogni 23.000 abitanti circa. Le strutture sono state individuate presso posizioni strategiche atte a garantire una accessibilità a tutta la popolazione regionale nell'arco di 45

minuti di percorrenza. 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.

Le Case di Comunità, indipendentemente dalla accezione Hub o Spoke, andranno a costituire i nodi fondamentali della nuova rete di Assistenza Territoriale regionale, andando a realizzare un unico modello organizzativo integrato fisicamente e funzionalmente con le Aggregazioni Funzionali Territoriali AFT dei Medici di Medicina Generale, i quali concorreranno a garantire gli standard minimi di presenza medica previsti dalla normativa nazionale mediante le attività a ciclo orario e, nelle Case di Comunità con la maggior disponibilità di spazi, anche mediante le attività a ciclo di scelta, in virtù della possibilità implementata mediante l'Accordo Integrativo Regionale di cui al DCA n.8/2026, di trasferire gli studi a rapporto fiduciario presso la Casa di Comunità stessa.

La regione Molise ha approvato, a decorrere dall'anno 2025, i seguenti provvedimenti funzionali a costituire l'impalcatura organizzativa dei nuovi sistemi di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale della regione, secondo un principio di integrazione completa tra le funzioni delle nuove forme associative dei Medici di Medicina Generale e delle Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità e gli altri modelli organizzativi del DM n.77 del 23 maggio 2022:

- DCA n.26 del 13/02/2025 "Misure straordinarie per il rafforzamento della continuità assistenziale e la gestione delle carenze di personale medico nella regione Molise"
- DCA n.76 del 24/03/2025 "Istituzione e regolamentazione delle unità di continuità assistenziale (UCA) nel territorio della regione Molise ai sensi del dm 77/2022 e del PNRR - missione 6 salute"
- DCA n.86 del 30/04/2025 "Progetto sperimentazione case di comunità nel territorio della regione Molise ai sensi del DM 77/2022 e del PNRR - Missione 6 salute"
- DCA n.114 del 08/07/2025 "Accordo integrativo regionale stralcio all'accordo collettivo nazionale della Medicina Generale 04 aprile 2024 di attuazione delle AFT e delle UCCP dei medici di medicina generale"
- Pre-Intesa all'Accordo Integrativo Regionale per i Rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale 04 aprile 2024, sottoscritta in data 23 luglio 2024 e trasmessa ai ministeri affiancanti per la preventiva valutazione;
- DCA n.158 del 02 ottobre 2025 recante "Linee Guida Organizzative Regionali per le Attività delle Unità di Continuità Assistenziale UCA della Regione Molise. Approvazione.
- DCA n.161 del 16 ottobre 2025 recante "Linee Guida Regionali per l'implementazione del Modello Organizzativo delle Case di Comunità della Regione Molise. Approvazione.
- DCA n.162 del 17 ottobre 2025 recante " Linee Guida della Regione Molise per l'Attuazione del Metaprogetto sugli Ospedali di Comunità. Approvazione."
- DCA n.7 del 13 gennaio 2026 recante "Atto di Programmazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali AFT e delle Unità Complesse di Cure Primarie UCCP della Regione Molise"
- DCA n.8 del 13 gennaio 2026 recante "Accordo Integrativo Regionale per i rapporti con i Medici di Medicina Generale di recepimento dell'ACN 04 aprile 2024 della Regione Molise"
- DCA n.9 del 14 gennaio 2026 recante "Atto di programmazione delle attività a ciclo orario del Ruolo Unico di Assistenza Primaria in realizzazione del Modello Organizzativo di Continuità dell'Assistenza della Regione Molise in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale e delle linee di indirizzo per l'attività oraria da rendere da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle Case della Comunità approvate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome";

La presenza medica minima di tutte le Case di Comunità della regione Molise, come rappresentato nella tabella, è rideterminata ai sensi di quanto disposta dal DCA n.9/2026 in recepimento sia dell'Accordo Integrativo Regionale per i rapporti con i Medici di Medicina Generale del 16 gennaio 2026 che in coerenza con quanto previsto dalle "Linee di indirizzo per l'attività oraria da rendere da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle Case della Comunità", approvate in data 9 settembre 2025 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome.

Struttura	Comune	Sede AFT	Ambulatorio Diurno	Continuità Assistenziale	Standard di Presenza Medica	Standard di personale/turno*
CdC Hub	LARINO	Si	Si	Si, CdC	H24 7 giorni su 7	2 medici + 1 Infermiere
CdC Hub	AGNONE	Si	Si	CdC; + presidio esterno: Capracotta	H24 7 giorni su 7	1 medico + 1 Infermiere 1 medico (Capracotta)
CdC Spoke	CASTELMAURO	No	No	Si, CdC	H14 7 giorni su 7; h24 prefestivi e festivi	1 medico + 1 Infermiere
CdC Hub	TERMOLI	Si	Si	Si, CdC	H24 7 giorni su 7	4 medici + 2 Infermieri
CdC Hub	CAMPOBASSO	Si	Si	CdC; + presidio esterno: Campolieto	H24 7 giorni su 7	4 medici + 2 Infermieri 1 medico (Campolieto)
CdC Spoke	FROSOLONE	No	No	Si, CdC	H14 7 giorni su 7; h24 prefestivi e festivi	1 medico + 1 Infermiere
CdC Hub	ISERNIA	Si	Si	Si, CdC	H24 7 giorni su 7	4 medici + 2 Infermieri
CdC Spoke	TRIVENTO	Si	Si	Si, CdC	H24 7 giorni su 7	1 medico + 1 Infermiere
CdC Spoke	SANTA CROCE DI MAGLIANO	No	No	Si, CdC	H14 7 giorni su 7; h24 prefestivi e festivi	1 medico + 1 Infermiere
CdC Hub	VENAFRO	Si	Si	CdC; + presidio esterno: Colli al Volturno	H24 7 giorni su 7	3 medici + 1 Infermiere 1 medico (Colli al Volturno)
CdC Spoke	MONTENERO DI BISACCIA	Si	Si	Si, CdC	H24 7 giorni su 7	1 medico + 1 Infermiere
CdC Hub	RICCIA	Si	Si	Si, CdC	H24 7 giorni su 7	2 medici + 1 Infermiere
CdC Spoke	BOJANO	Si	Si	Si, CdC	H24 7 giorni su 7	3 medici + 1 Infermiere

* nella fascia oraria notturna avanzata ovvero dalle 00:00 alle 08:00 è prevista una presenza medica ridotta in ottemperanza a quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per i rapporti con i Medici di Medicina Generale, come recepito e dettagliato dal DCA n.9/2026 in coerenza con quanto disposto dall'Accordo Integrativo Regionale per i rapporti con i Medici di Medicina Generale del 16 gennaio 2026.

Come previsto dalla normativa nazionale e regionale di riferimento, il servizio a ciclo orario dei Medici di Medicina Generale della Regione è riorganizzato secondo un nuovo modello in grado di riallineare i flussi di domanda e di offerta ridistribuendo il personale nelle fasce orarie e nelle località in cui vi è una maggiore domanda di salute ed integrando nel sistema gli Infermieri di Comunità. Il nuovo modello organizzativo comprenderà anche la rimodulazione della Continuità Assistenziale, la quale sarà riorganizzata secondo uno standard minimo regionale pari a 16 postazioni pienamente integrate nei modelli organizzativi delle Case di Comunità, e che sarà dotata di strumentazione diagnostica di I livello, standardizzata come determinato nel DCA n.161/2026 e potenziata dalla telemedicina.

Aggregazioni Funzionali Territoriali AFT ed Unità Complesse di Cure Primarie UCCP

Con DCA n.192/2025, come integrato dal DCA n.07/2026, la regione Molise ha approvato l'atto di programmazione regionale delle AFT e delle UCCP dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera scelta e degli Specialisti Ambulatoriali Interni. La realizzazione delle forme associative avanzate consentirà non solo di adeguare il servizio di Assistenza Territoriale regionale agli standard degli Accordi Collettivi Nazionali dei diversi professionisti, ma di realizzare pienamente la visione del DM 77/2022 secondo un modello in grado di valorizzare maggiormente il Distretto Socio Sanitario come organismo fondamentale di erogazione delle Cure Primarie.

In tal senso, la regione attiverà le AFT e le UCCP dei vari professionisti come descritto in tabella:

DISTRETTO	AFT	UCCP
CAMPOBASSO	5 AFT MEDICINA GENERALE 1 AFT SPECIALISTI AMBULATORIALI 1 AFT PEDIATRI LIBERA SCELTA	1 UCCP
TERMOLI	4 AFT MEDICINA GENERALE 1 AFT SPECIALISTI AMBULATORIALI 1 AFT PEDIATRI LIBERA SCELTA	1 UCCP
ISERNIA	3 AFT MEDICINA GENERALE 1 AFT SPECIALISTI AMBULATORIALI 1 AFT PEDIATRI LIBERA SCELTA	1 UCCP

La nuova infrastruttura consentirà l'erogazione di prestazioni di base ed avanzate secondo un maggior livello di appropriatezza ed efficienza, andando a costituire una piattaforma organizzativa che consentirà di erogare un servizio maggiormente coordinato nell'ambito degli strumenti di presa in carico, diagnosi e cura, oltre che di garantire il monitoraggio dei processi di transizione tra i diversi setting assistenziali e dei flussi prescrittivi, nell'ottica di una migliore performance sull'appropriatezza prescrittiva, clinica ed organizzativa.

Attraverso le 3 UCCP la regione Molise intende armonizzare e potenziare le prestazioni ad alta complessità, raccordando le attività dei MMG, dei PLS e degli SAI e successivamente integrando vari professionisti sanitari come gli Psicologi, Ostetrici, Fisioterapisti etc.

Le attività delle UCCP saranno erogate sia nell'ambito delle Case di Comunità che a domicilio, utilizzando sistematicamente la telemedicina e valorizzando la figura dell'Infermiere di Comunità.

Unità di Continuità Assistenziale UCA

Con il DCA n.76 del 25 marzo 2025 la regione Molise ha istituito le Unità di Continuità Assistenziale UCA, in numero di 1 per ogni Distretto Socio Sanitario, attraverso le attività a ciclo orario dei medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria. Le UCA sono state attivate a decorrere dal mese di Maggio 2026, presso i Distretti di Termoli ed Isernia, e successivamente dal mese di Dicembre 2025 è stato reclutato un numero sufficiente di personale per attivare il servizio anche presso il Distretto di Campobasso.

Con il DCA n.158 del 02 ottobre 2025 la regione ha pubblicato, anche alla luce dei primi 6 mesi di sperimentazione, le Linee Guida Organizzative Regionali per le Attività delle Unità di Continuità Assistenziale UCA della Regione Molise, con le quali sono state delineati gli indirizzi generali delle attività delle UCA.

Con il DCA n.9/2026 sono state ampliate le possibilità di impiego delle UCA nell'ambito delle attività distrettuali, consentendo di adattare le funzioni sulla base del Programma delle Attività Territoriali e sulle specifiche necessità dei singoli Distretti Socio Sanitari.

Flussi informativi ed appropriatezza

La regione Molise svilupperà entro il 2026 un unico sistema informatico-digitale integrato ed interoperabile con i software gestionali dei Medici di Famiglia e dei Pediatri di Libera Scelta utile a garantire una presa in carico continuativa ed in grado di confluire i dati di attività dei professionisti convenzionati in un unico ecosistema funzionale al monitoraggio continuo delle attività. Tale piattaforma integrerà anche gli ambulatori specialistici delle Case di Comunità ed i presidi di Continuità Assistenziale, oltre che collegata al servizio del 116117.

Il sistema sarà integrato ed interconnesso con il sistema Tessera Sanitaria ed il FSE, e predisposto per seguire le transizioni Ospedale-Territorio integrando le Centrali Operative Territoriali ed i flussi dei servizi ospedalieri.

La regione Molise svilupperà inoltre entro il 2026 un software gestionale proprio da fornire a tutti i Medici di Medicina Generale. Il software garantirà tutte le funzionalità necessarie a garantire le attività di presa in carico e cura, le certificazioni, le attività di Cure Domiciliari; Consentirà altresì l'accesso ai dati e la possibilità di lavorare su tutti gli assistiti in carico alla Aggregazione Funzionale Territoriale AFT di riferimento, e sarà fornito a tutti i medici a ciclo orario ed a ciclo di scelta.

Tramite il software sarà possibile espletare ed accedere alle prescrizioni, alle terapie, alle esenzioni ticket ed allo storico anamnestico, nell'ottica di una presa in carico continuativa ed appropriata. Il software dovrà garantire le funzioni di alimentazione automatica del FSE e l'aggiornamento automatico del Patient-Summary.

Gradualmente il Software gestionale regionale integrerà le funzioni delle varie piattaforme in uso per le Cure Domiciliari, per le Centrali Operative Territoriali COT, per la rendicontazione delle attività di vaccinazione e di prevenzione.

Il Software gestionale unico ed il sistema regionale dei flussi informativi sanitari andranno a costituire una piattaforma utile al monitoraggio ed allo sviluppo dei sistemi regionali di appropriatezza prescrittiva, clinica ed organizzativa. Attraverso la standardizzazione dei percorsi e dei processi PDTA sarà implementato un sistema, connesso al CUP, allineato e coerente con i contenuti del manuale RAO, e che garantirà l'effettiva applicazione di quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale in merito all'appropriatezza ed alle classi di priorità delle prescrizioni, in grado altresì di intercettare in tempo reale le anomalie e segnalarle al servizio di monitoraggio e verifica regionale ed aziendale.

I sistemi CUP ed il servizio unico regionale dei flussi informativi costituirà altresì una base importante ed un archivio utile per progettualità di ricerca clinica ed organizzativa, anche con il supporto dell'università in coerenza con il relativo protocollo di collaborazione.

Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC)

Ai fini dell'attuazione del DM 77/2022, in ordine al numero di unità infermieristiche necessarie per garantire il corretto funzionamento dei servizi distrettuali, il fabbisogno di personale infermieristico, da assumere entro il 31.12.2026, è pari a 84 unità distribuite come di seguito:

- UCA: 2 unità per ciascun Distretto, per un totale di 6 unità;
- AFT: 24 unità presso le Case di Comunità
- Nuova organizzazione di Continuità assistenziale: 54 unità.

Il costo complessivo è stimato in 3,6 €/mln annui.

4.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 4.1.1 Attuazione del servizio di continuità assistenziale

Azione 4.1.1.1 Attuazione del servizio di Continuità Assistenziale con presenza nelle CdC e in collegamento con il 116117

Indicatore 4.1.1.1 DCA di ricevimento

Azione 4.1.1.2 Completamento della dotazione organica dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC)

Indicatore 4.1.1.2 Relazione tecnica

Obiettivo 4.1.2 Attivazione delle AFT e UCCP

Azione 4.1.2.1 Attivazione delle AFT e UCCP, in coerenza con l'atto di programmazione delle stesse

Indicatore 4.1.2.1 Report di monitoraggio semestrale

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
4.1.1 Attuazione del servizio di continuità assistenziale	4.1.1.1 Attuazione del servizio di Continuità Assistenziale con presenza nelle CdC e in collegamento con il 116117	Dal 01/09/2026	DCA di ricevimento	Si/no		
	4.1.1.2 Completamento della dotazione organica dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC)	30/06/2026	Relazione tecnica	Si/no		
4.1.2 Attivazione delle AFT e UCCP	4.1.2.1 Attivazione delle AFT e UCCP, in coerenza con l'atto di programmazione delle stesse	A partire dal 30/06/2026	Report di monitoraggio semestrale	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
DG A.S.Re.M						

4.2 Assistenza domiciliare integrata

Nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 6 Salute, l'investimento 1.2.1 "Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)" prevede l'aumento del 10% dei pazienti over 65 presi in carico in ADI, rispetto alla baseline 2019, che, per il Molise, è di 4.620 pazienti.

La Regione nel 2024 ha preso in carico al domicilio circa l'11 % della popolazione sopra i 65 anni (8.740 pazienti su 77.535 abitanti over 65).

Per l'anno 2025, l'obiettivo fissato di incremento del 10% dei pazienti over 65 presi in carico in ADI, per un totale di n. 8.729, è stato raggiunto come tra l'altro certificato dall'Agenas con prot. n. 2026/0003645 del 13/04/2026.

CERTIFICAZIONE 2025

Regione	Assistiti over 65 - 2025	Obiettivo Assistiti ADI (over 65) - 2025 (Baseline 2019+Obiettivo intermedio 2025)	Obiettivo Intermedio Assistiti - 2025	Obiettivo incrementale Assistiti 2025 ADI (over 65) da DM 23 gennaio 2023 e s.m.i. di cui PNRR	Baseline 2019	Incremento 2025	% Incremento
MOLISE	9.959	8.729	4.109	2.930	4.620	5.339	129,9%



Nel periodo 2026-2028 la Regione Molise intende rafforzare l'assistenza domiciliare con l'obiettivo di garantire una maggiore equità di accesso alle cure, migliorare la qualità della vita dei pazienti fragili e ridurre la pressione sugli ospedali. Con l'integrazione dei servizi sanitari e sociali, l'adozione di tecnologie innovative e la creazione di una rete territoriale più forte, la Regione si prefigge di costruire un sistema sanitario che sia più vicino ai bisogni dei cittadini, sostenibile e resiliente nel tempo, garantendo l'assistenza domiciliare ad una percentuale sempre maggiore di pazienti e comunque non al di sotto della percentuale di incremento prevista dall'investimento PNRR (+ 10% su baseline 2019).

Attualmente, le prestazioni sono garantite dall'ASReM attraverso un contratto 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.). Tale organizzazione facilita la presa in carico dei pazienti che necessitano di essere assistiti a domicilio diminuendo, altresì, il ricorso ad ospedalizzazioni inappropriate.

La Regione, con DCA n. 57 del 27.03.2024 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 DCA27/2023" 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.

Sono in corso le procedure di accreditamento dell'ADI.

L'Azienda Sanitaria inoltre dovrà istituire, entro il 31 maggio 2026, presso i distretti sanitari, un nucleo di verifica incaricato di controllare con cadenza trimestrale le prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). I report elaborati dai distretti saranno trasmessi alla Struttura commissariale entro e non oltre il mese successivo alla conclusione del trimestre, al fine di favorire, tra l'altro, il coordinamento delle attività dell'ADI con la telemedicina e con le Case di Comunità.

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

Azione 4.2.1.2 Istituzione nucleo di verifica presso i distretti sulle prestazioni in ADI

Indicatore 4.2.1.1 DCA

Obiettivo 4.2.2 Accreditemento delle cure domiciliari

Azione 4.2.2.1 Accreditemento 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	31/12/2026	Report	% di assistiti domiciliari con età > 65anni (= 10%)		
	4.2.1.2 Istituzione nucleo di verifica presso i distretti sulle prestazioni in ADI	31/05/2026	Provvedimento DG ASReM	si/no		
4.2.2 Accreditemento delle cure domiciliari	4.2.2.1 Accreditemento delle cure domiciliari	31/12/2026	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	30/06/2026	Adempimento ASReM	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 ristrutturare 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 0,2 posti letto per ogni 1.000 abitanti da attuarsi secondo la programmazione regionale.

Nell'ambito della proposta di riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Molise, inviata al Tavolo del DM 70/2015 con invio Siveas n. 136/2025, è stata inoltre prevista la riconversione dell'Ospedale "Caracciolo" di Agnone, da Ospedale di Area Disagiata in Ospedale di Comunità, all'interno della Casa di Comunità già prevista. Tale soluzione costituisce una leva di efficientamento organizzativo ed economico per l'assetto complessivo dei servizi assistenziali regionali, adottata al fine di superare anche la cronica e grave carenza di personale medico che impedisce la copertura dei turni h 24 in PS e l'attività assistenziale di ricovero. La suddetta rimodulazione della struttura garantisce innanzitutto l'alto valore assistenziale, sia garantendo l'emergenza-urgenza, attraverso un Punto di Primo Intervento, sia nell'attività di degenza, completata da servizi di consulenza specialistica e dalla Telemedicina.

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 sarà dotato 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

Con DCA n. 128 del 25/07/2024 è stata recepita l'Intesa Stato-Regioni sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di comunità (Rep. Atti n. 17/CSR del 20/02/2020).

Con DCA n. 162 del 17/10/2025 sono state approvate le linee guida della regione Molise per l'attuazione del metaprogetto sugli ospedali di comunità.

La regione Molise, considerata la coesistenza dei propri OdC presso le medesime strutture di Case di Comunità ove sarà garantita la presenza dei Medici di Medicina Generale h24 per sette giorni la settimana, sia mediante le attività orarie degli Ambulatori Diurni di AFT che mediante spazi che saranno forniti in locazione per lo spostamento degli ambulatori dei medici a rapporto di fiducia, provvederà a regolamentare la partecipazione dei Medici di Medicina Generale a supporto delle attività cliniche ed organizzative degli OdC stessi, nell'ottica di sviluppare un modello organizzativo maggiormente performante ed aumentare la qualità del servizio.

4.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 4.3.1 Implementazione degli Ospedali di Comunità (OdC)

Azione 4.3.1.1 Riconversione del Presidio Ospedaliero 'Caracciolo' di Agnone in Ospedale di Comunità

Indicatore 4.3.1.1 Avvio delle attività del nuovo Ospedale di Comunità

Azione 4.3.1.2 Monitoraggio semestrale sul funzionamento degli ospedali di Comunità

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 Implementazione degli Ospedali di Comunità (OdC)	4.3.1.1 Riconversione del Presidio Ospedaliero 'Caracciolo' di Agnone in Ospedale di Comunità	a partire da giugno 2026	DCA	Si/no		
	4.3.1.2 Monitoraggio semestrale sul funzionamento degli ospedali di Comunità	a partire da giugno 2026	DCA	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

Il Programma Operativo 2023-2025 ha posto le basi per una riorganizzazione significativa dell'assistenza territoriale attraverso l'attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) e delle Case della Comunità (CdC), con l'obiettivo di riprogettare le modalità di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari, e di potenziare la presa in carico e la gestione degli assistiti, in particolare delle persone con cronicità e condizioni di fragilità. In questo contesto, il DM 77/2022 ha definito come obbligatoria la presenza dei Punti Unici di Accesso (PUA) nelle CdC Hub e Spoke, rinforzando il ruolo del PUA come strumento per l'integrazione sociosanitaria, come indicato nell'art. 43 della Legge di Bilancio 2021 e nel Piano delle Politiche Sociali 2021-2023.

Al momento, la Regione Molise ha attivato un servizio PUA per ogni distretto, che, seppur presente, non è ancora completamente integrato con la componente sociale. Questo rappresenta una limitazione all'accesso unitario ai bisogni sanitari e sociali della popolazione. Tuttavia, con l'avvio delle Centrali Operative Territoriali (COT) e delle Case della Comunità (CdC), si intende superare questa carenza, favorendo una gestione integrata e unificata delle esigenze dei cittadini.

Nel 2024, la Regione Molise ha compiuto significativi passi avanti con l'adozione del DCA n. 163 del 28/10/2024, che approva l'Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) e definisce il modello organizzativo di riferimento. Inoltre, con il DCA n. 177 del 21/11/2024, la Regione ha preso atto della Deliberazione del Direttore Generale ASREM n. 1344 del 27/09/2024, che ha dichiarato le COT di Bojano (CB), Venafrò (IS) e Termoli (CB) pienamente funzionanti. Questo è un traguardo fondamentale, che segna il completamento della fase di attivazione delle COT, rendendo operative le strutture previste per il miglioramento dell'assistenza territoriale.

Il PO 2026-2028 intende rafforzare e completare l'integrazione delle COT e delle CdC, nonché di ampliare le funzionalità del servizio sanitario territoriale, garantendo una maggiore efficienza nell'erogazione delle cure. I principali obiettivi previsti per il nuovo periodo di programmazione sono:

- **Potenziamento dei Punti Unici di Accesso (PUA):** In concomitanza con l'attivazione delle 13 Case di Comunità (CdC), la Regione Molise si impegna a potenziare il servizio dei PUA, garantendo la piena integrazione tra componenti sociali e sanitarie. Questo permetterà un miglior coordinamento tra i servizi e un accesso unitario ai bisogni sanitari e sociali dei cittadini, evitando frammentazioni e ottimizzando le risorse.
- **Rafforzamento delle Centrali Operative Territoriali (COT):** Le COT di Bojano, Venafrò e Termoli saranno ulteriormente potenziate per garantire l'effettiva operatività e l'interconnessione con le Case di Comunità e i distretti sanitari, in modo da migliorare la qualità e tempestività delle risposte sanitarie. Ogni COT avrà il ruolo di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.
- **Attivazione del Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117:** Con DCA n. 105/2024 avente ad oggetto: "Accordo, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662, tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del ministro della salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle regioni delle risorse vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2023." Approvazione progetti anno 2023." è stata

approvata la proposta progettuale relativa alla realizzazione di una centrale unica NEA 116117 per la Regione Molise, che sarà attivo a partire da settembre 2026. Il NEA 116117 consentirà di migliorare l'accesso alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale, supportando in modo significativo la gestione delle richieste di assistenza non urgente. La Centrale Operativa 116117 regionale sarà dotata di un terminale unico territoriale, denominato Centrale Regionale di Continuità dell'Assistenza CRCA, la quale sarà operativa per 24 ore al giorno per 7 giorni la settimana mediante Medici di Medicina Generale ad attività oraria. La CRCA garantirà una pronta risposta medica per le necessità non urgenti, e potrà indirizzare il paziente verso il servizio più appropriato, oltre ad erogare direttamente prestazioni come la consulenza medica telefonica e, quando codificata, la televisita o il teleconsulto, ovvero potrà garantire, per i pazienti non trasferibili, l'invio a domicilio entro il turno di servizio di un medico o, nel caso di necessità infermieristiche, di un infermiere.

- Integrazione con i Servizi Sociali e Rete di Assistenza Domiciliare: L'integrazione tra i servizi sanitari e sociali rimane una priorità. Saranno implementati modelli integrati di assistenza domiciliare, attraverso il coordinamento delle Unità di valutazione multidimensionale (UVM), e la partecipazione degli assistenti sociali dei comuni, al fine di garantire una presa in carico tempestiva e appropriata delle persone fragili.
- Miglioramento della Tecnologia e Infrastruttura Informatica: La Regione Molise continuerà a potenziare la propria infrastruttura tecnologica e informatica per favorire l'interoperabilità dei dati tra le COT, le CdC, i distretti sanitari e i servizi sociali. Saranno introdotte nuove piattaforme di telemedicina e monitoraggio remoto, al fine di garantire una gestione più efficiente dei pazienti con cronicità e una riduzione dei ricoveri ospedalieri evitabili.

Con DCA n. 86/2024 avente ad oggetto "Progetto sperimentazione case di comunità nel territorio della Regione Molise ai sensi del dm 77/2022 e del PNRR – missione 6 salute. provvedimenti." Sono stati attivati, in via sperimentale, i modelli organizzativi di n. 3 Case di Comunità, in numero di 1 per ogni distretto sanitario ASReM, con la partecipazione dei Medici di Medicina Generale ad attività oraria, mediante l'attivazione degli ambulatori diurni di Medicina Generale di cui all'Art. 44, comma 2 A.C.N. 04 aprile 2024.

4.4.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

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

Azione 4.4.1.1 Monitoraggio sull'operatività delle COT

Indicatore 4.4.1.1 Provvedimento ASReM

Obiettivo 4.4.2 Avvio Piena operatività della centrale Operativa 116117

Azione 4.4.2.1 Avvio Piena operatività della centrale Operativa 116117

Indicatore 4.4.2.1 relazione tecnica

Obiettivo 4.4.3 Attivazione e pieno funzionamento delle Case di Comunità

Azione 4.4.3.1 Attivazione e pieno funzionamento delle Case di Comunità

Indicatore 4.4.3.1 Relazione tecnica

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
4.4.1 Rafforzamento di n.3 Centrali Operative Territoriali (COT) presso i presidi di Termoli, Bojano e Venafro	4.4.1.1 Monitoraggio sull'operatività delle COT	31/03/2026	Relazione	Si/no	nd	
4.4.2 Avvio Piena operatività della centrale Operativa 116117	4.4.2.1 Avvio Piena operatività della centrale Operativa 116117	30/09/2026	DCA	Si/no	nd	

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
4.4.3 Attivazione Case di Comunità	4.4.3.1 Attivazione e pieno funzionamento delle Case di Comunità	30/06/2026	DCA	Num. Case di comunità attivate ≈9	nd	
		31/12/2026	DCA	Num. Case di comunità attivate ≈13	nd	
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.

Nel 2025 Agenas ha pubblicato i risultati del monitoraggio delle performance delle aziende sanitarie pubbliche relativo ai dati dell'anno 2024. Rispetto all'area distrettuale si rappresenta che è costituita da molteplici indicatori (n.17), suddivisi in 5 sotto-aree. Quelle nelle quali si riscontra un livello più basso di performance sono la sub-area delle dotazioni dei servizi territoriali, della presa in carico territoriale e delle cure primarie.

Tra gli indicatori di questa sub-area, tra gli indicatori con maggiori margini di miglioramento si rileva:

- assistiti in trattamento residenziale (numero di assistiti over 75 in trattamento sanitario residenziale-semiresidenziale per 1.000 abitanti), il cui valore è pari a 12,33 nel 2024, in linea con gli anni precedenti. Nel

cluster di riferimento, le Aziende con migliori performance mostrano un valore dell'indicatore tra i 180 e 190 assistiti ogni 1.000 abitanti.

In ragione dei dati sopra rappresentati, con DCA n.80/2024 è stato rideterminato il fabbisogno territoriale relativo alle unità residenziali per gli anziani non autosufficienti e per l'Alzheimer, al fine di potenziare l'attività delle stesse:

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

	Fabbisogno di posti letto assistenza anziani non autosufficienti				
	R1	R2	R3	Alzheimer	TOTALE
TOTALE FABBISOGNO REGIONALE RESIDENZIALE	60	120	351	40	571

Si è provveduto pertanto alla luce del documento unico di programmazione della Rete Territoriale, a rilasciare/rinnovare le autorizzazioni e gli accreditamenti alle strutture territoriali.

La Regione Molise, nel contesto della riorganizzazione dei servizi socio-sanitari nel triennio 2026-2028 intende quindi proseguire nel potenziamento delle strutture e dei servizi destinati all'assistenza degli anziani, continuando a sviluppare soluzioni innovative e integrate che rispondano in modo efficace alle sfide demografiche ed epidemiologiche del nostro tempo. Attraverso il potenziamento dei posti letto nelle strutture pubbliche, l'implementazione dei ricoveri di sollievo e la valorizzazione delle risorse umane e tecnologiche, si contribuirà a garantire una qualità della vita migliore per gli anziani e un supporto concreto per le famiglie che si prendono cura di loro.

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 Revisione del fabbisogno

Indicatore 4.5.1.1 Determinazione/DCA

Azione 4.5.1.2 Monitoraggio annuale delle attività relative al potenziamento dell'offerta per persone non autosufficienti, ed individuazione di azioni correttive

Indicatore 4.5.1.2 Report monitoraggio

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 Revisione del fabbisogno	30/09/2026	Determinazione/DCA	Si/no		
	4.5.1.2 Monitoraggio annuale delle attività relative al potenziamento dell'offerta per persone non autosufficienti, ed individuazione di azioni correttive	31/12/2026 31/12/2027 31/12/2028	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.80/2024 è stato rideterminato il fabbisogno territoriale relativo strutture residenziali e semiresidenziali per l'assistenza ai disabili fisici come di seguito:

Tabella: Fabbisogno di PL in strutture residenziali e semiresidenziali per l'assistenza ai disabili fisici

Fabbisogno di posti letto	
TOTALE FABBISOGNO REGIONALE ASSISTENZA DISABILI FISICI RESIDENZIALE	182
TOTALE FABBISOGNO REGIONALE ASSISTENZA DISABILI FISICI SEMIRESIDENZIALE	48
TOTALE ASSISTENZA DISABILI FISICI	230

Nel triennio 2026-2028 continuerà il percorso di potenziamento dell'assistenza ai disabili intrapreso con il suddetto DCA, aggiornando il fabbisogno assistenziale in base al quale verranno quantificati i numeri dei posti letto per la residenzialità e la semi residenzialità.

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 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 DCA di riorganizzazione della rete territoriale: fabbisogno dell'offerta dei posti letto residenziali e semiresidenziali	31/12/2026	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	31/03/2026	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 4 milioni di prestazioni ambulatoriali annue per un valore di circa 77,4 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 2024).

aggiornamento mensile - dati al 18/03/25

Periodo: 2024

Distribuzione della spesa per tipologia di struttura - cumulato

help

		Pubblici						Privati						totale strutture		
		numero prestazioni		spesa netta		ticket (**)		numero prestazioni		spesa netta		ticket (**)		spesa lorda	% spesa lorda su totale regioni selezionate	% spesa lorda strutture pubbliche
		N°	Δ %	€	Δ %	TOT €	di cui ticket nazionale (franchigia €20)	N°	Δ %	€	Δ %	TOT €	di cui ticket nazionale (franchigia €20)			
140	Molise	666.516	2.628.852	34,32%	17.734.784	12,76%	3.525.281	410.871	1.406.734	59.671.389	13,73%	2.707.270	62.378.639	83.638.704	100,00%	25,42%
Totale		666.516	2.628.852	34,32%	17.734.784	12,76%	3.525.281	410.871	1.406.734	59.671.389	13,73%	2.707.270	62.378.639	83.638.704	100,00%	25,42%

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

aggiornamento mensile - dati al 18/03/25

Periodo(*): 2024

Dati di sintesi - cumulato

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 (***)		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	3.528.407	39.183.655	503.466	38.155.918	408.870	8.941.029	3.487	61.515	94.596	29.214.889	4.035.360	77.401.088
Totale	3.528.407	39.183.655	503.466	38.155.918	408.870	8.941.029	3.487	61.515	94.596	29.214.889	4.035.360	77.401.088

(*) 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 2024, impongono l'attivazione di sistemi di definizione e monitoraggio del fabbisogno di prestazioni annue appropriate, nonché della capacità produttiva del sistema sanitario pubblico regionale (attrezzature, spazi, personale) affinché lo stesso sia in grado di:

- corrispondere alla domanda dell'utenza come espressa in modo appropriato dai medici prescrittori;
- 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;

Il delta (non erogabile) tra la capacità dell'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 e/o intempestiva.

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.

A tal proposito, la Struttura Commissariale, in collaborazione con Agenas e con la Direzione di ASREM procederà alla definizione del fabbisogno per il triennio 2026-2028 partendo dall'analisi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nel triennio 2023/2025.

Al fine di analizzare l'attività effettuata per le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate della Regione Molise saranno eseguite le seguenti analisi:

- Analisi del File C e del flusso TS – produzione di prestazioni di specialistica ambulatoriali.
- Analisi dei volumi e dei valori delle prestazioni erogate nell'anno 2023/2025 suddiviso per categoria FA-RE I e III Livello.
- Analisi della mobilità attiva e passiva (secondo la metodologia Agenas) per categoria FA-RE I e III Livello.
- Per ciascuna categoria FARE I e III livello, classe d'età e sesso viene calcolato un coefficiente pro-capite di fabbisogno, con riferimento a tutte le Regioni.
- Definizione del fabbisogno teorico con l'applicazione del coefficiente pro-capite alla popolazione della Regione Molise per classi di età e sesso

Il fabbisogno teorico rappresenta il fabbisogno di prestazioni dei cittadini molisani ovunque trattati derivante dall'applicazione di coefficienti su tutte le regioni italiane, e sarà definito anche il dettaglio per ogni Distretto in collaborazione con i Direttori degli stessi.

La Regione Molise intende inoltre procedere al pieno funzionamento di un software unico e centralizzato per la gestione delle prescrizioni mediche da parte dei medici di base al fine di ottimizzare e rendere più appropriati i processi prescrittivi, garantire la sicurezza dei dati e migliorare l'efficienza operativa del sistema sanitario regionale, creando una piattaforma integrata che risponda in maniera efficace alle esigenze dei professionisti e dei pazienti.

Grazie alla centralizzazione e all'automazione dei processi, si ridurranno i tempi necessari per la gestione delle prescrizioni, aumentando l'efficienza operativa dei medici di base. Inoltre, un sistema ben progettato ridurrà il rischio di errori nella prescrizione dei farmaci, migliorando la qualità del servizio sanitario e contribuendo alla sicurezza dei pazienti.

Infine, il software includerà funzionalità di monitoraggio e analisi dei dati prescrittivi. Questo permetterà di raccogliere e analizzare informazioni dettagliate sulle prescrizioni mediche a livello regionale, favorendo una visione globale delle tendenze e dell'utilizzo delle risorse. L'obiettivo è ottimizzare la gestione delle risorse sanitarie e favorire politiche sanitarie più mirate e informate.

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.

A tal fine verranno impiegati i RAO come elemento imprescindibile per l'appropriata prescrizione e per la tempestiva erogazione.

Per la Regione Molise, che opera nell'ambito di un piano di rientro, l'esigenza, non è soltanto quella di rispettare gli standard e gli adempimenti nazionali garantiti da STS, ma anche di rafforzare il governo interno del servizio sanitario regionale. In questo quadro, la Piattaforma MMG PLS rappresenta uno strumento concreto per migliorare la tracciabilità del dato e il controllo della spesa, poiché consente di trasformare informazioni oggi disperse in molteplici gestionali in un patrimonio informativo omogeneo, aggiornato e immediatamente utilizzabile per programmare, monitorare e intervenire.

Nello specifico, di seguito si elencano gli obiettivi che si intendono raggiungere attraverso l'utilizzo della Piattaforma *de quo*:

- un controllo della spesa più efficace grazie all'individuazione rapida di scostamenti e

- fenomeni di inappropriatezza prescrittiva, su cui attivare audit mirati e interventi correttivi;
- programmazione e monitoraggio in modo proattivo della presa in carico dei cronici, verificando coperture e aderenza ai PDTA e intervenendo in caso di ritardi o mancate esecuzioni di esami chiave;
- supporto a prevenzione e campagne vaccinali con viste aggiornate su coperture e richiami, così da orientare azioni di recall e bilanciare le differenze territoriali;
- rafforzare la continuità di cura attraverso la tracciabilità dei parametri e dell'aderenza terapeutica, consentendo la misurazione e la riduzione di accessi impropri al pronto soccorso e ricoveri evitabili;
- migliorare l'equità, rendendo visibili le variabilità ingiustificate tra medici e territori e offrendo alla Regione strumenti per indirizzarle con politiche mirate.

La piattaforma in oggetto non si pone come evoluzione dei sistemi esistenti di trasmissione e controllo dei dati. Costituisce un'infrastruttura regionale che integra le funzioni di prescrizione e certificazione essenziali, quelle di supporto clinico-organizzativo e di governo ed è resa disponibile a tutti i medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS) operanti sul territorio regionale. L'obiettivo strategico è di standardizzare i flussi di inserimento e raccolta dei dati, al fine di supportare gli organismi aziendali e regionali nel monitoraggio continuo delle attività prescrittive e disporre di uno strumento di analisi, governo e controllo utile ad attuare interventi strutturali per migliorare l'appropriatezza prescrittiva e rafforzare il controllo della spesa sanitaria.

I vantaggi della piattaforma riguardano la possibilità di trasformare dati frammentati e letti ex post in un patrimonio informativo omogeneo, contestualizzato e immediatamente azionabile. In particolare, la piattaforma consente di:

- correlare il dato prescrittivo con il quadro clinico dell'assistito, con le patologie croniche, con l'età, con le esenzioni, con le terapie concomitanti e con l'aderenza ai PDTA, superando una lettura puramente quantitativa del numero di ricette emesse orientando l'analisi anche al governo della spesa sanitaria in ottica di appropriatezza ed efficienza;
- uniformare il dato proveniente dai diversi software ambulatoriali oggi in uso, consentendo analisi affidabili e confrontabili a livello di singolo medico, distretto, comune o aggregazione professionale;
- disporre di cruscotti e report regionali tempestivi, utili non solo per il controllo a posteriori ma anche per la programmazione degli interventi correttivi, per la contrattazione con i professionisti e per la verifica del raggiungimento degli obiettivi di salute;
- assicurare l'allineamento continuo con le variazioni anagrafiche e delle esenzioni comunicate dalle ASL, rendendole tempestivamente disponibili ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta che hanno in carico gli assistiti;
- integrare il sistema con il Patient Summary, valorizzando le informazioni cliniche sintetiche e aggiornate dell'assistito per supportare decisioni prescrittive più consapevoli e contestualizzate;
- integrare informazioni relative alla presa in carico dei pazienti cronici, la gestione delle campagne vaccinali, la tracciabilità dell'assistenza domiciliare e, per l'area pediatrica, il monitoraggio della crescita e dei bilanci di salute;
- ridurre la frammentazione tecnologica, sostituendo una pluralità di interfacce e riconciliazioni ex post con un unico punto di integrazione regionale verso i sistemi sanitari di interesse.

4.7.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 4.7.1 Appropriately prescrittiva MMG

Azione 4.7.1.1 pieno funzionamento di un sistema centralizzato per la gestione delle prescrizioni mediche da parte dei medici di base della Regione Molise

Indicatore 4.7.1.1 Relazione tecnica

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

Azione 4.7.2.1 Trasmissione ad Agenas dei dati di produzione 2024/2025 (File C)

Indicatore 4.7.2.1 Trasmissione documentazione

Azione 4.7.2.2 Analisi dei dati (file C e flusso TS) e definizione del coefficiente pro-capite

Indicatore 4.7.2.2 Trasmissione documentazione

Azione 4.7.2.3 Analisi e Definizione del fabbisogno storico e teorico di prestazioni di specialistica ambulatoriale, in collaborazione con ASREM

Indicatore 4.7.2.3 Documento tecnico della metodologia di definizione del fabbisogno di specialistica ambulatoriale

Azione 4.7.2.4 Adozione del documento tecnico per la definizione del fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale

Indicatore 4.7.2.4 DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
4.7.1 Appropriatelyzza prescrittiva MMG	4.7.1.1 pieno funzionamento di un sistema centralizzato per la gestione delle prescrizioni mediche da parte dei medici di base della Regione Molise	30/06/2026	Relazione tecnica	Si/no		
4.7.2 Definizione dell'offerta regionale per prestazioni di specialistica ambulatoriale	4.7.2.1 Trasmissione ad Agenas dei dati di produzione (file C) 2023/2025	30/04/2026	Trasmissione documentazione	Si/no		
	4.7.2.2 Analisi dei dati (file C e flusso TS) e definizione del coefficiente pro-capite	15/05/2026	Trasmissione documentazione	Si/no		
	4.7.2.3 Analisi e definizione del fabbisogno storico/teorico di prestazioni di specialistica ambulatoriale	15/06/2026	Documento tecnico della metodologia di definizione del fabbisogno di specialistica ambulatoriale	Si/no		
	4.7.2.4 Adozione del documento tecnico per la definizione del fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale	30/06/2026	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 (assegni 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.

Con DCA l'80/2024 la Regione ha ridefinito la rete dei servizi di salute mentale, affrontando in modo strutturato il fabbisogno di posti letto specifici per categorie vulnerabili, tra cui le persone con disturbi dello spettro autistico, i disturbi del comportamento alimentare e le disabilità intellettive. Questo intervento si inserisce in un contesto più ampio, volto a garantire una risposta adeguata alle esigenze crescenti di salute mentale nella nostra regione.

Tabella: Proposta Regionale di PL in strutture residenziali per l'assistenza ai disabili psichici

Fabbisogno di posti letto residenziali disabili psichici	
Autismo (fino a 18 anni) - S16	30
Autismo (oltre i 18 anni) - S11	20
Disturbi alimentari	20
TOTALE FABBISOGNO DISABILI PSICHICI	70

Tabella: Proposta Regionale di PL in strutture semiresidenziali per l'assistenza ai disabili psichici

Fabbisogno di posti letto semiresidenziali disabili psichici	
Autismo (fino a 18 anni) - S16	10
Autismo (oltre i 18 anni) - S11	10
Disabilità intellettive	20
TOTALE FABBISOGNO REGIONALE DISABILI PSICHICI	40

Nella programmazione 2026-2028, la Regione intende consolidare e proseguire il percorso avviato, con l'obiettivo di attivare nuove iniziative finalizzate alla prevenzione e alla cura di questi disturbi. Saranno potenziati i servizi territoriali, rafforzando le reti di supporto psicologico e sociale, con particolare attenzione alla formazione degli operatori e alla creazione di percorsi terapeutici integrati, che rispondano in modo completo e multidisciplinare alle necessità dei pazienti e delle loro famiglie.

A seguito dell'entrata in vigore della Legge Regionale n. 5 del 30 maggio 2025, la quale ha modificato il Regolamento Regionale n. 1/2004, è stata disposta la soppressione del limite di 10 posti letto per le Strutture Residenziali Psichiatriche (S.R.P. 1, S.R.P. 2 e S.R.P. 3.1). Tuttavia, per le medesime tipologie strutturali saranno attivabili massimo due moduli da 10 posti letto ciascuno. Tale ampliamento è ritenuto il requisito minimo indispensabile per decongestionare le liste d'attesa, garantire la sostenibilità del sistema assistenziale e assicurare il diritto alla cura degli utenti.

In relazione alla gestione dei disturbi dello spettro autistico, si prende atto dei recenti dati epidemiologici dell'Osservatorio Nazionale Autismo dell'Istituto Superiore di Sanità, che confermano una prevalenza di circa 1 bambino su 77 (fascia 7-9 anni).

Tale incidenza, proiettata sulla popolazione regionale e sulle fasce adolescenziale e adulta, evidenzia un fabbisogno che richiede un potenziamento della capacità ricettiva regionale

Si prevede di implementare, nell'ambito della programmazione sanitaria territoriale della provincia di Isernia, l'attività dedicata ai disturbi dello spettro autistico, in considerazione sia dell'assenza di strutture dedicate, sia della crescente rilevanza epidemiologica e dell'impatto significativo che tali condizioni determinano sulla qualità della vita delle persone e delle loro famiglie.

L'intervento si inserisce nel quadro del potenziamento dei servizi sociosanitari territoriali e prevede l'attivazione di moduli semiresidenziali presso l'Ospedale di Comunità di Venafrò, concepiti come spazi dedicati alla presa in carico multidisciplinare e personalizzata degli utenti con disturbo dello spettro autistico.

L'implementazione di tali servizi presso l'Ospedale di Comunità consentirà di rafforzare l'offerta assistenziale locale, riducendo la necessità di ricorrere a strutture fuori provincia e migliorando l'accessibilità alle cure. Inoltre, favorirà un approccio di prossimità, centrato sulla persona, in linea con i principi della sanità territoriale e dell'integrazione sociosanitaria.

È prevista altresì l'attivazione di due ulteriori moduli da 15 posti letto ciascuno, ad integrazione dei moduli già attivati (cfr. DCA n. 104/2024).

Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale 2025–2030 (PANSM)

La salute mentale entra in una nuova fase di programmazione con l'approvazione del **Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale 2025–2030 (PANSM)**, adottato dalla Conferenza Unificata il **29 dicembre 2025**. L'intesa aggiorna un documento strategico nazionale dopo oltre dieci anni e riporta il tema della salute mentale al centro delle **politiche sanitarie**, accompagnando la definizione degli obiettivi con risorse economiche dedicate già previste dalla legge di bilancio a partire dal 2026.

La legge 30 dicembre 2025 n. 199 *“Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e Bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028* all'art. 1, commi dal n. 344 al n. 347 destina risorse specifiche del fabbisogno sanitario nazionale per attuare il Piano nazionale per la salute mentale 2025-2030, con l'obiettivo di potenziare prevenzione, diagnosi, cura e assistenza lungo tutto l'arco della vita.

Sono stanziati 80 milioni di euro nel 2026, 85 milioni di euro nel 2027, 90 milioni di euro nel 2028 e 30 milioni di euro annui dal 2029. Per il triennio 2026-2028, il 30% delle risorse è destinato all'implementazione delle azioni di prevenzione per la piena realizzazione degli argomenti trattati nel PANSM 2025-2030. Inoltre, fino a 30 milioni annui possono essere utilizzati per assumere a tempo indeterminato personale sanitario e sociosanitario destinato ai servizi di salute mentale come intesi nel PANSM.

Il PANSM è un documento strategico ed operativo, pensato per promuovere, prevenire e migliorare la salute mentale e il benessere psicologico della popolazione. Fornisce indirizzi e azioni che le regioni devono recepire e attuare, con attenzione a tutte le fasi della vita, agli adulti e ai minori, anche in presenza di comorbidità e nei contesti di maggiore sofferenza psichica.

Sottolinea, inoltre, che la salute mentale è un tema trasversale e intersettoriale, che coinvolge non solo il sistema sanitario, ma anche istruzione, lavoro e servizi sociali.

Pur avendo un ruolo centrale nella diagnosi e cura, i Dipartimenti di Salute Mentale devono essere affiancati da interventi di promozione e prevenzione, affrontando i determinanti sociali della salute come povertà, disoccupazione, isolamento, traumi e discriminazioni.

Tutto ciò evidenzia l'esigenza di rivedere i modelli organizzativi e assistenziali per rispondere alle sfide attuali, come la cronicizzazione dei disturbi, l'aumento del disagio psichico, la domanda di maggiore accessibilità e continuità delle cure, la carenza di personale e le difficoltà socio-economiche. Pertanto, viene proposto un modello territoriale proattivo centrato sulla persona e sulla comunità.

Nel PANSM si sottolinea anche l'importanza della formazione continua e della ricerca, promuovendo la collaborazione tra Università, IRCCS, ISS e servizi territoriali. È previsto un sistema di monitoraggio nazionale per valutare l'attuazione del Piano e ridurre le disuguaglianze regionali.

Il PANSM, infatti, mira a rafforzare i servizi e la prevenzione, punta a superare le disuguaglianze territoriali e la frammentazione dei percorsi di cura e a ridisegnare l'organizzazione dei servizi rilanciando una presa in carico più equa, continua e vicina alle persone, rafforzando i Dipartimenti di salute mentale, riorganizzando i servizi territoriali e ospedalieri, ponendo al centro la prevenzione, i giovani e i percorsi personalizzati.

Uno degli obiettivi è quello di promuovere interventi appropriati ed efficaci a favore della salute mentale, da quella perinatale fino all'età adulta, che dovranno essere messi in atto favorendo accessibilità, equità, inclusione, sicurezza, innovatività, comunicazione anti-stigma e educazione alla salute e al benessere psicologico. I DSM vengono rafforzati nel loro ruolo di coordinamento dell'intera rete, dalla prevenzione alla riabilitazione, garantendo integrazione tra servizi territoriali, strutture residenziali e ospedaliere. L'obiettivo è assicurare uniformità di accesso e qualità delle cure su tutto il territorio regionale. La riorganizzazione punta a potenziare i Centri di salute mentale, favorendo aperture più ampie, accesso facilitato e presa in carico tempestiva. Il Piano promuove modelli di intervento flessibili, multidisciplinari e orientati alla comunità, riducendo il ricorso improprio all'ospedale e rafforzando la gestione delle fasi acute sul territorio quando possibile.

Importante è la continuità assistenziale nei momenti di maggiore vulnerabilità, in particolare nella transizione dall'età evolutiva all'età adulta. Sono previsti percorsi strutturati e condivisi tra servizi di neuropsichiatria infantile e servizi per adulti, per evitare interruzioni di cura e dispersione dei pazienti.

Sono previste, inoltre, iniziative di alfabetizzazione emotiva, educazione digitale e contrasto allo stigma, con particolare attenzione alle scuole, ai contesti lavorativi e alle comunità locali.

Il PANSM promuove, infine, una revisione dell'offerta residenziale, orientandola verso modelli più flessibili e temporanei, con un focus sul recupero dell'autonomia e sul reinserimento sociale. Viene valorizzato l'abitare supportato e il ruolo della riabilitazione come parte integrante del percorso di cura.

In questo quadro si inserisce il rilancio del Budget di Salute, inteso come strumento per costruire progetti personalizzati che integrano risorse sanitarie, sociali e comunitarie, favorendo inclusione abitativa, lavorativa e relazionale, con il coinvolgimento degli enti locali e del Terzo settore.

Le azioni da mettere in atto per attuare il *Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale* (PANSM) 2025-2030, una volta acquisita la disponibilità delle risorse, si possono riassumere come di seguito:

1. Percorsi di promozione, prevenzione e cura: si devono sviluppare interventi per promuovere la salute mentale e il benessere psicologico (es. educazione alla salute mentale, lotta allo stigma, iniziative nelle scuole e nelle comunità), prevenire il disagio psichico e intervenire precocemente quando emergono segnali di difficoltà. È fondamentale prevedere modelli organizzativi che facilitino una forte integrazione tra i servizi dell'area salute mentale e quelli delle dipendenze, in particolare per la fascia d'età giovanile e progettare azioni e interventi preventivi e di promozione che riguardano le tematiche attuali di rischio psicopatologico come quelle derivanti dai determinanti sociali come povertà, povertà vitale, solitudine, psicopatologia delle relazioni affettive, stili di vita a rischio, disagio giovanile, salute mentale in carcere, prevenzione del suicidio.

È prevista l'introduzione della figura dello psicologo di Assistenza Primaria nei servizi territoriali e nelle Case della Comunità, accessibile gratuitamente, con l'obiettivo di intercettare precocemente situazioni di disagio, e assicurare una presa in carico tempestiva di bisogni psicologici iniziali o di entità lieve-moderata.

La collaborazione con il medico di medicina generale e con il pediatra di libera scelta è un punto centrale, sia nella gestione condivisa dei casi sia nell'attivazione di invii ai servizi specialistici di secondo livello.

Le attività dello psicologo di assistenza primaria comprendono interventi di prevenzione, valutazione e trattamento precoce dei disturbi psicologici nelle fasi iniziali, consulenze e supporto per condizioni di sofferenza che non richiedono una presa in carico specialistica prolungata, nonché interventi di sostegno in situazioni di adattamento difficile, in presenza di diagnosi internistiche severe o condizioni croniche. Rientrano tra le sue attività, inoltre, il supporto all'aderenza ai trattamenti e ai progetti terapeutici e, quando indicato, l'assistenza psicologica domiciliare.

2. Salute mentale in infanzia e in adolescenza, transizione dai servizi per l'infanzia e l'adolescenza ai servizi per l'età adulta, accesso e continuità di cura: è necessario organizzare servizi specifici per le diverse fasce di età:

- Perinatale e infanzia-adolescenza: reti integrate di servizi per diagnosi, cura, riabilitazione e transizione verso i servizi adulti.
- Adulti: percorsi personalizzati di cura e supporto
- Adulti in contesti di detenzione o con problematiche complesse:
si devono strutturare e potenziare queste reti nei Dipartimenti di Salute Mentale territoriali;

Per garantire la continuità di cura sono previsti percorsi strutturati per gestire il passaggio dall'adolescenza all'età adulta e percorsi personalizzati di *case management* per i casi ad alta complessità. Inoltre, sono di primaria importanza interventi precoci e di prevenzione poiché comprendere l'interazione tra salute mentale, fisica e ambiente fin dal primo periodo scolastico può portare a individuare migliori misure preventive e a mettere in atto strategie di intervento precoce.

3. Riorganizzazione e potenziamento dei servizi territoriali: superare la frammentazione tra ospedale e territorio, potenziando i DSM territoriali con più personale e servizi di prossimità, integrando salute mentale e dipendenze in un unico dipartimento e garantire sul territorio:

- Dipartimenti integrati e inclusivi con servizi di base e specialistici coordinati con il compito di porre in essere tutte le azioni tese a garantire i livelli essenziali di assistenza e ad assicurare la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione mettendo al centro la persona. È prevista la realizzazione di percorsi ed interventi pluriprofessionali condivisi tra i diversi servizi territoriali ed ospedalieri, in connessione con gli altri presidi aziendali, in integrazione con le realtà sociali del territorio, in un'ottica di salute mentale di comunità e di One Mental Health;
- Integrazione dei servizi socio-sanitari, con collegamento tra sanità, sociale, scuola e comunità.
- Innovazioni come telepsichiatria e telemedicina per aumentare accessibilità.

4. Garantire la continuità terapeutica del paziente psichiatrico in ADI attraverso la rimodulazione del Piano Assistenziale Personalizzato (PAP). Si mira a integrare le prestazioni del centro di riabilitazione con l'assistenza domiciliare, promuovendo una sinergia operativa tra Distretto Sanitario, medico di medicina generale e centro di riferimento.

Inoltre, si affronta anche il problema dell'integrazione del paziente psicogeriatrico all'interno del regime di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Data la frequente comorbidità neuro-psichiatrica di questi soggetti, l'intervento domiciliare specialistico si configura come lo strumento d'elezione per contrastare l'istituzionalizzazione precoce.

L'accesso al servizio avviene attraverso l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) della ASREM, che definisce il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) in base al livello di intensità richiesto:

Livello 1 (Bassa intensità): Supporto assistenziale di base.

Livello 2 (Media intensità): Assistenza programmata e frequente.

Livello 3 (Alta intensità): Gestione della complessità e dell'instabilità clinica (7 giorni su 7).

In questo quadro, il supporto psicologico e medico-specialistico garantisce una presa in carico globale, rispondendo ai criteri di eleggibilità previsti per le forme psicotiche e le demenze.

5. Prevenzione e gestione del rischio: Implementare azioni per la gestione del rischio clinico e la sicurezza nei servizi di salute mentale, includendo standard e procedure per proteggere utenti e operatori.

6. Monitoraggio e valutazione: inserire nel proprio monitoraggio regionale indicatori e dati riguardanti l'attuazione delle azioni del PANSM (es. copertura di servizi, esiti di salute, accesso ai percorsi di cura), che saranno poi raccolti a livello nazionale per valutare i progressi.

7. Formazione, ricerca e innovazione: promuovere formazione continua per gli operatori, progetti di ricerca e diffusione di pratiche basate su evidenze scientifiche, per migliorare la qualità degli interventi nei servizi regionali; attuare programmi di formazione interdisciplinare per educare gli operatori ad un approccio globale alla salute che includa competenze interdisciplinari di assistenza sanitaria e sociale.

Con il DCA n. 25 del 12.02.2026 è stato recepito l'Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lettera C), del Decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli Enti Locali sul documento recante "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM) 2025-2030".

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 Aggiornamento della rete della Salute Mentale fino al 2027

Indicatore 4.8.1.1 DCA

Azione 4.8.1.2 Individuazione del budget per la Salute Mentale

Indicatore 4.8.1.2 DCA

Obiettivo 4.8.2 Migliorare la modalità di comunicazione e la possibilità di collaborazione tra pediatra di libera scelta e servizio specialistico di NPIA

Azione 4.8.3.2 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 4.8.3.2 Provvedimento ASReM

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 2027	31/12/2026	DCA	Si/no		
	4.8.1.2 Individuazione del budget per la Salute Mentale	31/12/2026	DCA	Si/no		
4.8.2 Migliorare la modalità di comunicazione e la possibilità di collaborazione tra pediatra di libera scelta e servizio specialistico di NPIA	4.8.2.1 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	31/12/2026	Provvedimento ASReM	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 problematiche 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.

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.

I dati relativi alle dipendenze nella Regione Molise, sebbene limitati, evidenziano una situazione preoccupante. Nel 2022, i Servizi per le Dipendenze (SerD) regionali hanno assistito 764 persone per dipendenze da sostanze, con 64 nuovi utenti. La maggioranza degli assistiti è di sesso maschile (651 uomini contro 113 donne) e single. La condizione abitativa rivela che 430 vivono con la famiglia d'origine, 159 con partner o figli e 42 da soli.

Oltre alle dipendenze da sostanze (droghe e alcol), è fondamentale considerare le dipendenze comportamentali, quali il gioco d'azzardo patologico (GAP), la dipendenza da cellulare, lo scrolling compulsivo di app e l'abuso di bevande contenenti caffeina. Il Molise, ad esempio, si posiziona ai primi posti per diffusione di slot machine, con una ogni 65 abitanti, indicando una forte presenza della ludopatia. La Regione Molise ha riconosciuto il GAP attraverso la Legge Regionale n. 20 del 2016, che ne definisce la patologia e impone restrizioni all'apertura di sale da gioco.

Per gli anziani, l'abuso di alcolici e farmaci, in particolare benzodiazepine, rappresenta una problematica crescente a livello nazionale, con circa 2,5 milioni di over 65 a rischio. La solitudine e il disagio sociale sono fattori scatenanti, come evidenziato da iniziative locali come il progetto 'Mind the Gap' di Anteias Abruzzo e Molise, che si concentra anche sul gioco d'azzardo tra gli anziani.

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.

Con Decreto del Commissario ad Acta n.40 del 22.03.2024 recante: "PROGETTO GAP - GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO "PER LA PREVENZIONE, CURA E RIABILITAZIONE DELLE PERSONE AFFETTE DA GAP - PROVVEDIMENTI", la Regione ha approvato:

- il piano delle attività a valere sui fondi assegnati fino a tutto il 2020, per complessivi € 1.645.121,19;
- il piano delle attività a valere sulle risorse di cui al Fondo GAP 2022, integrate con gli stanziamenti di cui al Fondo sanitario indistinto destinato al GAP relativo agli anni 2021 e 2022, per complessivi € 732.691,00.

Ad implementazione delle azioni connesse alla prevenzione, per dare continuità a quanto già realizzato e programmato, è stato successivamente approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. 11 del 22/01/2025 il piano delle attività 2023 a valere sulle risorse FSN e Fondo Gap per complessivi € 474.954,09.

Gli obiettivi generali del Piano GAP del Molise sono riconducibili alle finalità di cui alla legge regionale 17 dicembre 2016, n. 20, "*Disposizioni per la prevenzione del gioco d'azzardo patologico*" che prevede, tra le varie iniziative, la prevenzione per le fasce maggiormente a rischio, giovani e anziani, l'attività di diagnosi e cura del disturbo da gioco d'azzardo nei Ser.D e la sensibilizzazione sulle conseguenze derivanti dal gioco d'azzardo.

Le strategie di prevenzione devono essere multidimensionali e adattate alle specificità del Molise, mirando sia ai giovani che agli anziani.

Prevenzione per i Giovani

1.Centri di Aggregazione Giovanile (CAG): Potenziamento e creazione di nuovi CAG, specialmente nei piccoli comuni e nelle tre città principali (Campobasso, Isernia, Termoli). Questi centri dovrebbero offrire spazi sicuri e stimolanti dove i giovani possano incontrarsi, sviluppare interessi e competenze, e costruire relazioni significative. La guida di adulti carismatici e qualificati è essenziale per supportare i giovani nella formazione di un'identità positiva e nel contrasto al senso di vuoto esistenziale. Esempi positivi esistono già a Sant'Elia a Pianisi e Isernia [4].

2.Interventi nelle Scuole: Implementazione di programmi educativi strutturati sulla prevenzione delle dipendenze (sostanze, alcol, gioco d'azzardo, dipendenze digitali) a partire dalla scuola primaria. Questi programmi dovrebbero includere:

- Educazione alle Life Skills: Sviluppo di competenze sociali ed emotive (resilienza, problem-solving, pensiero critico) per affrontare le sfide della vita senza ricorrere a comportamenti a rischio.
- Testimonianze e Role-Playing: Coinvolgimento di ex-utenti in percorsi di recupero e simulazioni di situazioni a rischio per favorire l'empatia e la consapevolezza.
- Coinvolgimento Familiare: Incontri e workshop per genitori per fornire strumenti di comunicazione e supporto ai figli.

3.Opportunità di Sviluppo: Promozione di iniziative per migliorare le prospettive future dei giovani, come programmi di orientamento professionale, tirocini, borse di studio e supporto all'imprenditorialità giovanile, per contrastare la disoccupazione e il senso di disperazione.

Prevenzione per gli Anziani

1.Centri Sociali e Ricreativi: Creazione e potenziamento di centri diurni e associazioni per anziani che offrano attività ricreative, culturali e sociali (laboratori, corsi, gite, gruppi di discussione). L'obiettivo è combattere la solitudine e promuovere l'invecchiamento attivo.

2.Monitoraggio e Supporto Psicologico: Implementazione di programmi di screening per identificare precocemente segni di dipendenza da farmaci, alcol o gioco d'azzardo. Offerta di supporto psicologico e counseling per affrontare la perdita di speranza, il lutto e le condizioni di salute precarie.

3. Formazione per Caregiver: Educazione e supporto per familiari e caregiver su come riconoscere e affrontare le dipendenze negli anziani, e su come gestire la polifarmacoterapia per prevenire l'abuso di farmaci.

4. Campagne di Sensibilizzazione: Diffusione di informazioni sui rischi del gioco d'azzardo e dell'abuso di farmaci tra gli anziani, con particolare attenzione alle dinamiche della ludopatia e alle normative regionali vigenti.

Il trattamento delle dipendenze in Molise richiede un rafforzamento delle strutture esistenti e l'adozione di approcci innovativi.

1. Potenziamento della Rete SerD

1. Reclutamento di nuovo Personale e Formazione: Incremento del numero di operatori sanitari (medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali) nei SerD, con formazione continua sulle nuove metodologie di trattamento delle dipendenze da sostanze e comportamentali. Questo include la gestione delle dipendenze digitali e del gioco d'azzardo.

2. Ampliamento dei Servizi: Estensione degli orari di apertura e dei servizi offerti dai SerD, includendo ambulatori mobili per raggiungere le aree più remote della regione, dove la popolazione è più dispersa. Implementazione di servizi di telemedicina per il counseling e il monitoraggio a distanza.

3. Collaborazione Interdisciplinare: Rafforzamento della collaborazione tra SerD, medici di medicina generale, servizi sociali, associazioni di volontariato e comunità terapeutiche per garantire un percorso di cura integrato e personalizzato.

4. Programmi di Reinserimento Sociale e Lavorativo: Sviluppo di percorsi individualizzati per il reinserimento sociale e lavorativo degli utenti in fase di recupero, attraverso borse lavoro, formazione professionale e supporto alla ricerca di impiego, in collaborazione con enti locali e imprese.

2. Adozione di Nuove Tecnologie e Metodologie Terapeutiche

1. Neuromodulazione (rTMS): Introduzione di macchine per la stimolazione magnetica transcranica ripetitiva (rTMS) nei SerD principali o in centri specialistici regionali. La rTMS è una tecnologia innovativa che ha mostrato efficacia nel trattamento di diverse dipendenze, inclusa quella da cocaina e nicotina, agendo sulla modulazione dell'attività cerebrale [5]. Questo approccio può offrire nuove speranze per i pazienti che non rispondono ai trattamenti convenzionali.

2. Terapie Digitali (Digital Therapeutics - DTx): Valutazione e implementazione di app e piattaforme digitali per il supporto al trattamento delle dipendenze, in particolare per le dipendenze comportamentali (cellulare, app scrolling, gioco d'azzardo). Queste soluzioni possono offrire interventi personalizzati, monitoraggio continuo e supporto motivazionale, integrando il lavoro degli operatori.

3. Realtà Virtuale (VR) e Aumentata (AR): Esplorazione dell'utilizzo della VR e AR per terapie di esposizione controllata a stimoli legati alla dipendenza, in un ambiente sicuro e controllato. Queste tecnologie possono aiutare i pazienti a sviluppare strategie di coping e a gestire il craving.

4. Mindfulness e Biofeedback: Integrazione di pratiche di mindfulness e tecniche di biofeedback nei percorsi terapeutici per migliorare la consapevolezza di sé, la gestione dello stress e la regolazione emotiva, fattori chiave nel mantenimento della sobrietà.

4.9.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 4.9.1 Potenziamento dei Ser.D

Azione 4.9.1.1 Potenziamento del personale e dell'attività

Indicatore 4.9.1.1 atto aziendale ASReM

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
4.9.1 Potenziamento dei Ser.D	4.9.1.1 Potenziamento del personale e dell'attività	30/06/2026	Provvedimento ASReM	Si/no		
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.

Nel 2023 il numero di pazienti oncologici assistiti dalla Rete di cure palliative – a domicilio o in hospice – risulta in aumento rispetto all'anno 2022 superando la soglia di sufficienza.

Cure palliative	2021	2022	2023	Valori di riferimento	Fonte
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	21,43	25,52	39,94	Sufficienza: ≥ 35 Atteso: ≥ 55	NSG (D30Z)
Fonte NSG					

Per quanto concerne l'anno 2024 il numero di **pazienti oncologici** presi in carico nella Rete di Cure Palliative (setting residenziale e domiciliare) rispetto al 2023 è in **aumento** come risulta dalle seguenti tabelle (fonti ufficiali: SIAD - HOSPICE):

ASSISTITI HOSPICE			
ANNO	RICOVERI	DH	TOT
2022	221	79	300
2023	272	303	575
2024	322	289	611
2025	320	281	601

ANNO	PAZIENTI ONCOLOGICI	PAZIENTI NON ONCOLOGICI	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
2025	371	57	230	198	428
2024	343	61	216	188	404
2023	222	48	143	127	270

Anche nel 2024 verrà raggiunta la soglia di sufficienza determinata nel criterio di adempimento LEA (D30Z), che è il numero di deceduti per causa di tumore assistiti nei 2 setting della Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore (fonte ISTAT media degli ultimi 3 anni) in Regione Molise.

Nel 2025 il dato è stato consolidato, avendo preso in carico un numero leggermente maggiore di pazienti oncologici nei 2 setting.

Nel 2026 l'offerta dei servizi di cure palliative è stata ampliata grazie all'espletamento del progetto "costituzione e implementazione della rete del dolore e sviluppo di cure e della terapia del dolore in area pediatrica - DCA n° 185 del 11-12-2024 rettificato in DCA 91 del 27-05-2025 che ha visto l'apertura di **2 ambulatori di Cure Palliative** nella provincia di Campobasso ed entro pochi mesi saranno aperti ulteriori **2 ambulatori nella provincia di Isernia e 1 in provincia di Campobasso, per un totale di 6 ambulatori** sul territorio regionale includendo quello di Larino attivo da anni.

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). Con DCA N. 31 del 24/02/2025 avente ad oggetto "Piano di implementazione delle cure palliative della Regione Molise. Approvazione" è stato approvato la rete delle cure palliative nonché l'incremento di ulteriori posti letto presso l'hospice di Larino.

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 quantitativi delle strutture	4.10.1.1 Monitoraggio degli standard qualitativi e quantitativi minimi delle strutture dedicate alle cure palliative e della Rete di	30/06/2026	Report annuale	Si/no			

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
dedicate alle cure palliative e della Rete di assistenza ai pazienti terminali	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	30/06/2026	Provvedimento ASReM	Si/no		
	4.10.1.3 Programmi formalizzati per la formazione del personale, dei caregiver domiciliari	31/12/2026	Provvedimento ASReM			
	4.10.1.4 Programmi finalizzati alla comunicazione e all' informazione in Cure palliative	30/09/2026	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.).

Con DCA n.187 del 01/12/2025 è stato recepito l'Accordo, ai sensi dell'art. 9 del dl 281/1997, tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano e gli enti locali sul documento recante "Piano nazionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei servizi residenziali minorili del dipartimento per la giustizia minorile e di comunità" (rep.n.129/conferenza unificata del 26 ottobre 2017)."

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 determinate 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 4.11.3 Implementazione Telemedicina

Azione 4.11.3.1 Implementazione della telemedicina con televisita e teleconsulto

Indicatore 4.11.3.1 Provvedimento ASReM

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
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	30/09/2026	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	30/09/2026	Provvedimento ASReM	Si/no		
4.11.3 Implementazione Telemedicina	4.11.3.1 Implementazione della telemedicina con televisita e teleconsulto	30/06/2026	DCA	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale A.S.Re.M. Direzione Generale per la Salute						

5 Assistenza Ospedaliera

La nuova programmazione della rete ospedaliera della regione Molise ha come primario obiettivo l'allineamento agli standard strutturali e qualitativi fissati dal DM 70/2015, rispettando i principi costituzionali e assicurando l'erogazione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza).

Obiettivo della Regione è quello di dare piena attuazione al modello organizzativo 'Hub&Spoke' per il quale il DM 70/2015 prevede la "concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (hub), fortemente integrati con i centri periferici (spoke)", limitando la frammentazione delle cure, anche mediante la definizione di percorsi assistenziali.

Il modello Hub&Spoke favorisce, inoltre, la caratterizzazione delle strutture ospedaliere di medio-piccole dimensioni su specifici ambiti assistenziali, contribuisce ad ottimizzare l'impiego di risorse e garantisce standard di sicurezza e qualità delle prestazioni più elevati.

Ulteriore obiettivo della nuova rete è quello di potenziare l'integrazione tra ospedale e territorio al fine di garantire la continuità delle cure, così come già previsto dal DM 70/2015 ed in linea con quanto disposto dal DM 77/2022.

La nuova configurazione della rete ospedaliera tiene anche conto di alcuni aspetti che caratterizzano la Regione: il decremento della popolazione registrato negli ultimi anni per la regione Molise (290.636 residenti nel 2022, 287.814 nel 2025) in linea con quanto si rileva per le altre regioni italiane; la distribuzione eterogenea della popolazione, concentrata principalmente intorno alle due province e nella fascia costiera; il sistema viario regionale che presenta criticità, dovute principalmente all'assenza di una rete autostradale (eccetto per il tratto costiero adriatico) e alla carenza di strade a scorrimento veloce, penalizzando la mobilità, soprattutto per i lunghi spostamenti.

5.1 Rete ospedaliera e Rete dell'emergenza-urgenza

Il modello di rete ospedaliera pubblica regionale è articolato nelle seguenti strutture ospedaliere:

- P.O. "Cardarelli" di Campobasso, attualmente individuato come DEA di I livello e Hub regionale.
- P.O. "S. Timoteo" di Termoli e P.O. "F.Veneziale" di Isernia, attualmente individuati come Presidi di Base con P.S. e classificati come Spoke.

La rete regionale pubblica include, inoltre, un Presidio di zona disagiata presso l'Ospedale Caracciolo di Agnone, situato nell'area montana della regione. La nuova programmazione, in corso di definizione, prevede la conversione di tale struttura in Ospedale di Comunità.

L'offerta ospedaliera regionale è completata dalle seguenti strutture private accreditate:

- IRCCS Neuromed con sede in Pozzilli (IS);
- Responsible Research Hospital con sede in Campobasso;
- GEA Medica con sede in Isernia;
- Casa di Cura "Villa Esther" con sede in Bojano (CB);

Con riferimento alla Casa di cura Villa Maria, come da verbale del Tavolo del DM 70/2015 del 19 dicembre 2025, si prevede entro 6 mesi dall'approvazione del presente documento, la ridefinizione dell'offerta attraverso la riconversione della Struttura verso ambiti assistenziali carenti, con conseguente revisione dell'attuale accreditamento.

Si riporta di seguito il numero di dimessi nel 2019 (pre-covid) e nel biennio 2023 – 2024 per Acuti e Post Acuti:

Acuti

ISTITUTO	2019	2023	2024
14000100 - PRESIDIO OSPEDALIERO 'A.CARDARELLI'	11.329	9.576	9.385
14000200 - PLESSO OSPEDALIERO 'S TIMOTEO- TERMOLI'	7.371	5.218	5.741
14000301 - OSPEDALE VENEZIALE- ISERNIA	6.019	4.342	4.514
14000302 - OSPEDALE CARACCIOLO AGNONE	825	607	499
14000400 - CASA DI CURA VILLA MARIA SRL	1.137	1.070	1.422
14000500 - CASA DI CURA PRIVATA VILLA ESTHER S.R.L.	1.590	1.724	1.764
14000700 - RESPONSIBLE RES. HOSP. SPA (Gemelli Molise spa fino al 2023)	6.364	5.908	6.304
14091100 - NEUROMED I.R.C.C.S.	9.369	7.317	7.941
Totale regionale	44.004	35.762	37.570

Post Acuti

ISTITUTO	2019	2023	2024
14000100 - PRESIDIO OSPEDALIERO 'A.CARDARELLI'	141	128	114
14000302 - OSPEDALE CARACCIOLO AGNONE	45	7	5
14000500 - CASA DI CURA PRIVATA VILLA ESTHER S.R.L.	331	364	367
14000700 - RESPONSIBLE RES. HOSP. SPA (Gemelli Molise spa fino al 2023)	392	274	416
14000800 - GEA MEDICA ISTITUTO EUROPEO DI RIABILITAZIONE	281	298	318
14091100 - NEUROMED I.R.C.C.S.	287	278	310
Totale regionale	1.477	1.349	1.530

Fonte: Profili Agenas

A livello regionale, per le acuzie si rileva che il volume dei dimessi nel 2023-2024 non ha ancora raggiunto i valori pre-covid (2019), mentre si osserva una lieve crescita per i dimessi in post-acuzie. La flessione dell'attività in acuzie tra il biennio 2023-2024 ed il 2019 si registra per quasi tutte le strutture, con un lieve aumento nel 2024 rispetto al 2023.

PRESIDI OSPEDALIERI ASREM	DegenzaMedia			PesoMedio			% DRG Chirurgici			% DRG Rischio Inappropriatezza		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024
CAMPOBASSO	8,40	8,20	7,80	1,24	1,22	1,29	36,90	37,40	40,60	8,40	8,60	7,10
ISERNIA	7,70	8,20	7,80	1,20	1,17	1,22	35,70	31,00	34,90	12,60	11,30	9,80
TERMOLI	7,20	7,10	6,90	1,13	1,15	1,20	31,30	31,60	32,90	9,50	10,50	8,10

Fonte: dati ASREM

Si rappresenta, inoltre che per i presidi ospedalieri pubblici nel biennio 2023-2024 si registra, per i ricoveri in acuzie (DO), un incremento del peso medio del DRG e della % dei DRG chirurgici e una riduzione dei DRG a rischio di inappropriatezza e della degenza media.

Di seguito il treemap PNE 2025 (su dati 2024) per struttura:

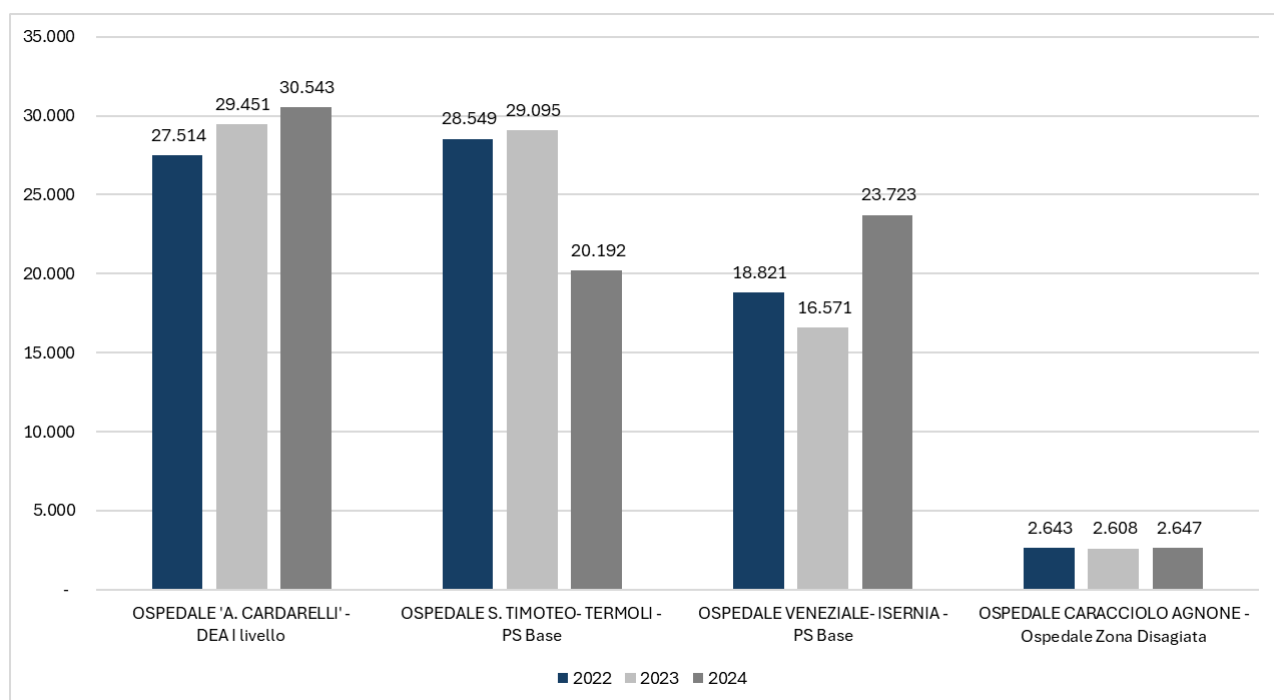
Struttura	Cardiocirc.	Nervoso	Respir.	Ch. Generale	Ch. Oncologica	Gravidanza e parto	Osteomusc.	Nefrologia
Presidio Ospedaliero A. Cardarelli			n.v.					
Plesso Ospedaliero S. Timoteo		n.v.						n.v.
Ospedale Veneziale		n.v.	n.v.					n.v.
Responsible Res. Hospital		n.v.	n.v.			n.v.	n.v.	n.v.
Neuromed Ircs	n.v.		n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Casa Di Cura Villa Maria Srl	n.v.	n.v.	n.v.			n.v.		
Casa Di Cura Privata Villa Esther Srl		n.v.	n.v.			n.v.		n.v.

Per l'area "Cardiocircolatorio" si rimanda al paragrafo RETE IMA, per l'area "Nervoso" si rimanda al paragrafo RETE ICTUS, per l'area "Chirurgia Oncologica" si rimanda al paragrafo RETI ONCOLOGICHE, per l'area Gravidanza e parto si rimanda al paragrafo RETE DEI PN. Nella successiva tabella si riportano, pertanto, gli indicatori delle aree valutate dal PNE non riportati nei paragrafi citati:

Struttura	Chirurgia Generale	Respiratorio		Osteomuscolare					Nefrologia	
	Colecistectomia laparoscopica: volume di ricoveri	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni		Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48h		Interventi per frattura del collo del femore: volume di ricoveri	Intervento di protesi di anca: volume di ricoveri	Intervento di protesi di ginocchio: volume di ricoveri	Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	
	N	N	% Adj	N	% Adj	N	N	N	N	% Adj
Presidio Ospedaliero A. Cardarelli	74	-	-	229	36.62	249	126	21	110	11.29
Plesso Ospedaliero S.Timoteo	105	65	17.91	168	46.77	186	89	12	-	-
Ospedale Veneziale	83	-	-	103	47.26	120	59	12	-	-
Responsible Res. Hospital	51	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Casa Di Cura Villa Maria Srl	13	-	-	-	-	-	31	21	114	1.91
Casa Di Cura Privata Villa Esther Srl	103	-	-	-	-	-	148	214	-	-
Italia			9.14		60.49					7.31
Mobilità passiva	143					50	336	314		

Per quanto riguarda l'area osteomuscolare, si rilevano elevati volumi di mobilità passiva sia per l'intervento di protesi d'anca sia per protesi ginocchio, con elevata frammentazione della casistica tra le strutture.

Si riporta di seguito il trend 2022 – 2024 del numero di accessi in PS per struttura. Lo standard previsto dal DM 70/2015 prevede un numero di accessi appropriati > 45.000 per i DEA di I livello e > 20.000 per i PS di Base.



Fonte: Elaborazione Flusso EMUR 2022 – 2024

I dati EMUR registrano una riduzione del numero totale di accessi in PS presso il PO di Termoli ed un contestuale aumento presso il PO di Isernia tra il 2022 ed il 2024.

La Struttura Commissariale insieme ad ASREM ha già avviato un processo di potenziamento delle strutture pubbliche che sarà l'obiettivo principale del triennio 2026-2028. In particolare, l'obiettivo partirà dall'incremento di produzione in alcune aree critiche, anche caratterizzate da volumi maggiori di mobilità passiva e da un miglioramento della qualità delle prestazioni (rif. cap. Mobilità sanitaria).

5.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 5.1.1 Definizione della nuova Rete Ospedaliera regionale, orientata all'incremento della produzione e al miglioramento della qualità, tenuto conto degli esiti dell'istruttoria e delle osservazioni formulate dal Tavolo DM 70/2015

Azione 5.1.1.1 Individuazione delle aree dove concentrare la casistica, con particolare riferimento alla chirurgia oncologica (rif. par. 5.6 Rete oncologica)

Indicatore 5.1.1.1 Individuazione aree

Azione 5.1.1.2 Approvazione della nuova rete ospedaliera regionale

Indicatore 5.1.1.2 Adozione del documento di programmazione

Azione 5.1.1.3 Definizione delle linee di indirizzo per gli atti aziendali e successiva approvazione dell'atto aziendale Asrem in linea con quanto previsto nel documento di programmazione della rete ospedaliera, anche al fine di ricondurre le discipline in esubero agli standard del DM 70/2015

Indicatore 5.1.1.3 Approvazione Linee di indirizzo e atto aziendale

Azione 5.1.1.4 Monitoraggio dello stato di avanzamento mediante la stesura di un report semestrale, compresi gli indicatori del PNE

Indicatore 5.1.1.4 Indicatori per la rilevazione dello stato di avanzamento delle azioni previste nel documento di programmazione della rete e nell'atto aziendale Asrem

Azione 5.1.1.5 Previsione di audit PNE clinico-organizzativi di struttura

Indicatore 5.1.1.5 Audit per struttura

Azione 5.1.1.6 Riconversione del Presidio Ospedaliero 'Caracciolo' di Agnone in Ospedale di Comunità

Indicatore 5.1.1.6 Avvio delle attività del nuovo Ospedale di Comunità

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
5.1.1 Definizione della nuova Rete Ospedaliera regionale, orientata all'incremento della produzione e al miglioramento della qualità, tenuto conto degli esiti dell'istruttoria e delle osservazioni formulate dal Tavolo DM 70/2015	5.1.1.1 Individuazione delle aree dove concentrare la casistica, con particolare riferimento alla chirurgia oncologica	28/02/2026	DCA n. 33 del 26 febbraio 2026	Individuazione aree SI/NO		
	5.1.1.2 Approvazione della nuova rete ospedaliera regionale	30/04/2026	DCA	Adozione del documento di programmazione SI/NO		
	5.1.1.3 Definizione delle linee di indirizzo per gli atti aziendali e successiva approvazione dell'atto aziendale Asrem in linea con quanto previsto nel documento di programmazione della rete ospedaliera	31/05/2026	DCA	Approvazione Linee di indirizzo SI/NO		
		30/06/2026	Provvedimento Asrem	Approvazione atto aziendale SI/NO		
	5.1.1.4 Monitoraggio dello stato di avanzamento mediante la stesura di un report semestrale, compresi gli indicatori del PNE	31/07/2026	DCA di approvazione			
		Periodico (semestrale)	Report di monitoraggio	Indicatori per la rilevazione dello stato di avanzamento delle azioni previste nel documento di programmazione della rete e nell'atto aziendale Asrem, monitoraggio dei dati PNE		

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
	5.1.1.5 Previsione di audit PNE clinico-organizzativi di struttura	Periodico	Audit di struttura	Audit di struttura SI/NO		
	5.1.1.6 Riconversione del Presidio Ospedaliero 'Caracciolo' di Agnone in Ospedale di Comunità	30/06/2026	Avvio del nuovo OdC	Avvio delle attività SI/NO		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						

5.2 Rete IMA

La rete regionale delle emergenze cardiologiche (rete IMA) è costituita dal Centro Hub PO Cardarelli di Campobasso, dotato di Cardiologia con UTIC ed Emodinamica e i due centri SPOKE presso l'Ospedale di Termoli e l'Ospedale Veneziale di Isernia, anch'essi dotati di Cardiologia con UTIC e Emodinamica. Infine, il Responsible Research Hospital si inserisce nella rete per le complicanze chirurgiche dell'IMA.

Il parametro del DM 70/2015 prevede l'attivazione di una emodinamica ogni 300.000 abitanti, assegnandone pertanto una sola alla Regione Molise.

Si riportano di seguito gli indicatori PNE 2025 per gli anni 2023 e 2024:

Struttura	Prov.	Volume di ricoveri per IMA (soglia 100/aa)		IMA: mortalità a 30 giorni (RR)	PTCA: volume di ricoveri con almeno un intervento di angioplastica (soglia 250/aa)		Proporzione di PTCA in STEMI su totale PTCA (soglia 30%)		STEMI: PTCA entro 90 minuti dall'accesso (soglia 60%)	Bypass aorto-coronarico isolato: volume di interventi (soglia 200/aa)		Bypass aorto-coronarico isolato: mortalità a 30 giorni (massimo 4%)	
		2024	2023		2024	2023	2024	2023		2024	2023	2024	2023
Neuromed Irccs	IS	1											
PO Cardarelli	CB	222	230	1,37	288	278	33%	36%	63%				
Responsible Res. Hosp.	CB	13	9		548	363	0,6%	1,4%		216	141	1,65	2,44
Ospedale Veneziale	IS	140	79	1,24	174	121	23%	14%	38%				
PO S. Timoteo Termoli	CB	59	84	1,67	107	138	40%	38%	30%				

Fonte: PNE Agenas 2025 (dati 2024 e 2023)

Gli Ospedali di Termoli e Isernia risultano sub-standard sia per i volumi di PTCA erogati rispetto alla soglia fissata dal DM 70/2015 (250/aa), che per la percentuale di pazienti che riceve l'angioplastica entro 90 min dall'accesso rispetto alla soglia (60%). L'Ospedale di Isernia risulta sub-standard anche per la percentuale di PTCA in STEMI sul totale PTCA (30%)

Il rischio relativo (RR) per l'indicatore "Mortalità per IMA a 30 giorni, con nuove variabili" è, per il 2024, al di sopra della media italiana nei 3 presidi ed in particolare per quello di Termoli (RR pari a 1,67).

Per una corretta presa in carico del paziente, la struttura di cardiologia deve essere dotata di un'emodinamica attiva 24h su 24, sette giorni su sette, anche al fine del rispetto della golden hour o almeno del trattamento entro 90 minuti.

In linea con quanto emerso nel corso delle riunioni del Tavolo DM 70/2015 (tenutesi l'8 maggio e il 19 dicembre 2025), e in considerazione dello studio AGENAS "Analisi territoriale delle emodinamiche della Regione Molise" che include l'elaborazione di analisi georeferenziate e di modelli gravitazionali, si prevede la disattivazione del laboratorio di emodinamica del PO S. Timoteo di Termoli entro il 31 ottobre 2026. Tanto in considerazione del fatto che nel periodo estivo il basso Molise è interessato da un considerevole flusso turistico con significativo aumento dell'utenza.

Nelle more del suddetto riordino della "rete dell'emergenza cardiologica" è garantita la copertura dei turni h24, 7 giorni su 7, come da comunicazione ASReM.

A seguito della disattivazione del laboratorio di emodinamica del PO “S. Timoteo” di Termoli, i pazienti saranno trasferiti presso l’Ospedale HUB “Cardarelli” di Campobasso e presso Strutture dotate di emodinamica interventistica della Regione Puglia, con la quale L’Azienda Sanitaria provvederà a stipulare apposita convenzione, entro i termini di riordino della rete IMA.

Infine, in merito al laboratorio di emodinamica della Struttura Responsible Research Hospital, a decorrere dall’approvazione del Programma Operativo e della Rete Ospedaliera, si conferma che non verrà riconosciuto un budget per eventuali prestazioni di emodinamica effettuate per conto della Regione Molise, eccetto gli esami emodinamici di supporto alla cardiocirurgia.

5.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 5.2.1 Definizione del Piano di riordino della “rete dell’emergenza cardiologica”, con il supporto di Agenas, tenuto conto degli esiti dell’istruttoria e delle osservazioni formulate dal Tavolo DM 70/2015

Azione 5.2.1.1 Adozione del documento di riordino della rete dell’emergenza cardiologica

Indicatore 5.2.1.1 Riordino della “rete dell’emergenza cardiologica”

Azione 5.2.1.2 Definizione delle modalità e tempistiche per il trasferimento del paziente presso gli altri centri di riferimento regionali ed extraregionali

Indicatore 5.2.1.2 DCA

Azione 5.2.1.3 Sottoscrizione accordo con le regioni confinanti

Indicatore 5.2.1.3 DCA recepimento accordo sottoscritto

Azione 5.2.1.4 Disattivazione dell’attività del laboratorio di emodinamica del PO S. Timoteo di Termoli.

Indicatore 5.2.1.4 DCA

Azione 5.2.1.4 Attivazione della Telecardiologia in collaborazione con il territorio

Indicatore 5.2.1.4 Avvio dei percorsi di Telecardiologia

Obiettivo 5.2.2 Allineamento agli standard di volume e miglioramento degli esiti di salute previsti dal DM 70/2015

Azione 5.2.2.1 Redazione di un Report di monitoraggio semestrale con l’individuazione di indicatori di monitoraggio, inclusi gli indicatori misurati dal PNE, associabili alla verifica del buon funzionamento della rete IMA

Indicatore 5.2.2.1 Misurazione degli indicatori

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO							
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG	
5.2.1 Definizione del Piano di riordino della “rete dell’emergenza cardiologica”, con il supporto di Agenas, tenuto conto degli esiti dell’istruttoria e delle osservazioni formulate dal Tavolo DM 70/2015	Azione 5.2.1.1 Adozione del documento di riordino della rete dell’emergenza cardiologica	30/04/2026	DCA	Riordino della rete IMA SI/NO			
	Azione 5.2.1.2 Definizione delle modalità e tempistiche per il trasferimento del paziente presso gli altri centri di riferimento regionali ed extraregionali	30/09/2026	DCA	SI/NO			
	Azione 5.2.1.3 Sottoscrizione accordi con le Regioni limitrofe	30/09/2026	Provvedimento ASReM	Sottoscrizione accordi SI/NO			
	Azione 5.2.1.4 Disattivazione dell’attività del laboratorio di emodinamica del PO S. Timoteo di Termoli,	31/10/2026	DCA	SI/NO			

	5.2.1.4 Attivazione della Telecardiologia in collaborazione con il territorio	30/06/2026	Avvio dei percorsi di Telecardiologia	Avvio dei percorsi di Telecardiologia SI/NO		
5.2.2 Allineamento agli standard di volume e miglioramento degli esiti di salute previsti dal DM 70/2015	5.2.2.1 Redazione di un Report di monitoraggio semestrale con l'individuazione di indicatori di monitoraggio, inclusi gli indicatori misurati dal PNE, associabili alla verifica del buon funzionamento della rete IMA	Periodico (semestrale)	Report di monitoraggio	Misurazione degli indicatori (% di raggiungimento delle soglie di volume e degli esiti di salute secondo gli standard)		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						

5.3 Rete ICTUS

La Rete Ictus della Regione Molise è costituita dal centro Hub presso il PO di Campobasso e da due centri Spoke, localizzati presso i PO di Isernia e Termoli. Il centro Hub è sede di una Stroke Unit, mentre i due centri Spoke sono collegati alla Stroke Unit mediante un sistema di Telemedicina. Concorre alla Rete, per le competenze neurochirurgiche e per la disostruzione meccanica arteriosa, l'IRCCS Neuromed con sede a Pozzilli.

Con DCA 100/2025 la Struttura Commissariale ha approvato la nuova Rete regionale per l'Ictus e lo schema di Protocollo d'Intesa tra la Regione Molise e l'IRCCS Neuromed per le attività dell'IRCCS nell'ambito della Rete. Con parere prot. Siveas 166-P i Ministeri affiancanti hanno formulato delle osservazioni a cui la Struttura Commissariale ha dato riscontro con DCA 157/2025.

Nel DCA 157/2025 la Struttura Commissariale individua la stroke unit dell'Ospedale Cardarelli quale *"Stroke Unit di II livello, in attuazione alla programmata attivazione delle relative funzionalità, delle previste specialità radiologiche, quali Neuroradiologia e Radiologia Interventistica, del personale e del parco tecnologico necessario, i cui adempimenti sono in capo all'ASReM"*.

In merito alle modalità organizzative per la gestione del paziente con accesso autonomo all'IRCCS Neuromed si rappresenta che il PDTA adottato dall'ASReM con provvedimento del Direttore Generale n. 1158 del 12/09/2025, redatto dal gruppo di lavoro istituito nell'ambito del coordinamento aziendale delle Reti dell'emergenza e tempo dipendenti, declina in modo puntuale le modalità di accesso. Il predetto PDTA è stato recepito nel DCA n. 157/2025.

In merito, inoltre, alla metodologia utilizzata per giungere alla valorizzazione della funzione da attribuire a Neuromed, in applicazione di quanto previsto dal D.lgs. 502/92, l'Age. Na.S. - l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - con il documento tecnico "Valorizzazione della funzione dell'area intensiva - Regione Molise" ha individuato la metodologia di determinazione delle funzioni connesse alla terapia intensiva, definendo i livelli di finanziamento per posto letto. Le funzioni assistenziali dell'IRCCS Neuromed attribuite con i Decreti 100/2025 e 157/2025, saranno quantificate nell'ambito dei relativi contratti, a decorrere dall'anno 2026, in applicazione della predetta metodologia.

Tenuto conto del parametro del DM 70/2015 che, per la Stroke Unit di II livello prevede un volume di 500 casi/anno di ictus, si definisce un cronoprogramma dettagliato per l'attivazione delle specialità radiologiche, quali Neuroradiologia e Radiologia Interventistica, presso il P.O. Cardarelli, entro il 31 dicembre 2028.

Si riportano di seguito gli indicatori PNE 2025 relativi all'anno 2024:

Struttura	Volume di ricoveri	Mortalità a 30 gg dal ricovero %adj	Volume di ricoveri con trombolisi	Volume di trombectomie in pazienti con ictus ischemico	Riammissioni ospedaliere a 30gg %adj
OSPEDALE 'A. CARDARELLI'	242	11,05%	25	4	9,24%
OSPEDALE S. TIMOTEO- TERMOLI	43	-	-	-	-
OSPEDALE VENEZIALE- ISERNIA	14	-	-	-	-
NEUROMED I.R.C.C.S.	63	-	1	6	-

Fonte: PNE Agenas 2025 (dati 2024)

Note: si precisa che i dati PNE riportati in tabella si riferiscono al solo ictus ischemico. L'indicatore sul volume di trombectomie è in fase di sperimentazione.

Per quanto riguarda i volumi di ricoveri con trombolisi, dai dati dell'Action Plan of Stroke, la media europea della trombolisi nel 2023 è stata del 15,4% con grandi variazioni tra i diversi Paesi. La Quarta Indagine Nazionale sullo stato di attuazione delle Reti Tempo-dipendenti su dati 2023 di Agenas riporta una media italiana del 14%. Il numero registrato dal PNE sui dati 2024 per la regione Molise è ancora lontano da tale valore.

Attualmente la Stroke Unit del PO Cardarelli non è completamente dotata del parco tecnologico necessario né del personale con adeguate competenze di neuroradiologia interventistica, per cui è stata indicata la data di dicembre 2028 per concludere le seguenti azioni, anche tenuto conto delle difficoltà riscontrate dall'Azienda Sanitaria nel reclutamento del personale specialistico per il quale la Struttura Commissariale ha già e più volte autorizzato l'indizione di nuove procedure assunzionali:

a) Completamento del parco tecnologico della Stroke Unit del Cardarelli per l'attivazione di Neuroradiologia e della Radiologia interventistica entro giugno 2027 (fondi ex art. 20), come di seguito riportato:

FASI PROPEDEUTICHE

- Delibera del Direttore Generale ASReM di individuazione delle Attrezzature;
- Redazione dell'accordo di programma e adozione del relativo DCA
- Sottoscrizione dell'Accordo di Programma;

TERMINE PROCEDURE - giugno 2027

b) arruolamento di specialisti con adeguate competenze di neuroradiologia interventistica entro giugno 2028.

FASI PROPEDEUTICHE

- Delibera del DG ASReM di adozione del Piano Triennale del fabbisogno del personale 2026-2028;
- DCA di approvazione del piano del fabbisogno 2026-2028;
- Reclutamento di specialisti con adeguate competenze di neuroradiologia interventistica;

TERMINE PROCEDURE - giugno 2028

5.3.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 5.3.1 Definizione del cronoprogramma per l'attivazione, entro il 31 dicembre 2028, della Neuroradiologia e della Radiologia interventistica presso l'Ospedale Cardarelli di Campobasso.

Azione 5.3.1.1

- Completamento del parco tecnologico della Stroke Unit del Cardarelli per l'attivazione di Neuroradiologia e della Radiologia interventistica entro giugno 2027 (fondi ex art. 20 L.67/88);
- arruolamento di specialisti con adeguate competenze di neuroradiologia interventistica entro giugno 2028

Indicatore 5.3.1.1 DCA

Obiettivo 5.3.2 Istituzione della funzione regionale di coordinamento della rete, a cui demandare la definizione di indicatori di funzionamento ed il monitoraggio dell'effettiva operatività della rete, con particolare riferimento agli indicatori misurati dal PNE Agenas

Azione 5.3.2.1 Adozione del Provvedimento regionale per l'istituzione della funzione di coordinamento della rete, compresa la definizione di indicatori di funzionamento e monitoraggio

Indicatore 5.3.2.1 Istituzione della funzione regionale di coordinamento della rete e definizione di indicatori di funzionamento

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
5.3.1 Definizione del cronoprogramma per l'attivazione, entro il 31 dicembre 2028, della Neuroradiologia e della Radiologia interventistica presso l'Ospedale Cardarelli di Campobasso	5.3.1.1 a) Completamento del parco tecnologico della Stroke Unit del Cardarelli per l'attivazione di Neuroradiologia e della Radiologia interventistica entro giugno 2027 (fondi ex art. 20); b) arruolamento di specialisti con adeguate competenze di neuroradiologia interventistica entro giugno 2028;	30/06/2027 30/06/2028	DCA	DCA si/no		
5.3.2 Istituzione della funzione regionale di coordinamento della rete, a cui demandare la definizione di indicatori di funzionamento ed il monitoraggio dell'effettiva operatività della rete, con particolare riferimento agli indicatori misurati dal PNE Agenas	5.3.2.1 Istituzione della funzione regionale di coordinamento della rete e definizione di indicatori di funzionamento	30/06/2026 Monitoraggio Periodico	Report di Monitoraggio	Istituzione coordinamento di rete SI/NO Misurazione degli indicatori (% di raggiungimento delle soglie di volume e degli esiti di salute secondo gli standard)		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						

5.4 Rete dei punti nascita

La rete materno-neonatale regionale è così costituita:

Rete consultoriale

Con DCA 133/2025 sono state approvate le linee guida sulle attività della rete consultoriale. L'attuale distribuzione delle sedi consultoriali in Molise è così rappresentata:

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

Pediatria ospedaliera

- Pediatria di Campobasso del PO Cardarelli, con la presenza di una terapia intensiva neonatale
- Pediatria di Isernia del PO Veneziale
- Pediatria di Termoli del PO S.Timoteo

Punti nascita (PN)

- PN di Campobasso del PO Cardarelli, con la presenza di una terapia intensiva neonatale
- PN di Isernia del PO Veneziale
- PN di Termoli del PO S.Timoteo

Si riportano di seguito gli indicatori PNE 2025 relativi all'anno 2024 sui parti:

Struttura	Provincia	Volume parti complessivo	Volumi parti con taglio cesareo
Presidio Ospedaliero A. Cardarelli	CB	632	209
Ospedale Veneziale	IS	277	81
Plesso Ospedaliero S. Timoteo	CB	201	66

I dati relativi ai parti dell'anno 2025 dimostrano un netto incremento (+42,7%) per il punto nascita di Termoli, e un decremento (-18,4%) per il punto nascita di Isernia.

Codice Istituto	Denominazione Istituto	Numero Parti 2024	Numero Parti 2025 (*dati parziali per flusso SDO non consolidato)	Variazione percentuale
14000100	Cardarelli (Campobasso)	630	568	-10,9%
14000200	San Timoteo (Termoli)	201	351	42,7%
14000301	Veneziale (Isernia)	277	234	-18,4%

In ottemperanza a quanto previsto dal DM 70/2015 e con il supporto del documento tecnico predisposto dall'AGENAS "Analisi territoriale dei Punti Nascita della Regione Molise" contenente l'elaborazione di un'analisi georeferenziata e di modelli gravitazionali, volto a verificare il bacino potenziale, l'indice di fidelizzazione ed il volume reale, La Struttura Commissariale ha redatto la nuova rete dei Punti Nascita e predisposto lo schema di DCA rubricato "Approvazione Rete dei Punti nascita-determinazioni" trasmesso per la preventiva approvazione con invio Siveas n. 067-A-11/03/2026 e che sarà adottato entro il 30 aprile 2026. Il predetto schema di DCA prevede la chiusura del Punto Nascita di Isernia, sostituito dall'attivazione di un Centro di Maternità presso il PO "Veneziale" e la contestuale organizzazione del trasferimento protetto della paziente dal Centro Maternità al punto nascita del PO "Cardarelli" di Campobasso. Si affiderà al Centro maternità di Isernia un percorso prenatale che comprenda anche l'ostetrica a domicilio in casi selezionati, nonché la possibilità di ospitare in anticipo le gravidanze a rischio presso l'ospedale di Campobasso.

La partoanalgesia rappresenta un servizio fondamentale per garantire il benessere materno durante il travaglio di parto, contribuendo a ridurre il dolore e migliorare l'esperienza complessiva della paziente.

Nel corso del biennio 2024-2025 si è lavorato per migliorare l'accessibilità al servizio, con particolare attenzione alla continuità assistenziale.

Attività svolta

Anno 2024

- Numero di partoanalgesie effettuate: **95**
- Numero parti vaginali: 421
- Percentuale di adesione: **22.56% circa**

Tipologia di tecniche utilizzate:

- Analgesia epidurale a boli refratti

Anno 2025

- Numero di partoanalgesie effettuate: **146**

- Numero parti vaginali: 394
 - Percentuale di adesione: **37% circa**
- Tipologia di tecniche utilizzate:
- Analgesia epidurale a boli refratti

Anno 2026

- Numero di partoanalgesia effettuate: **22**
 - Percentuali di adesione: **39% circa**
- Tipologia di tecniche utilizzate:
- Analgesia peridurale a boli refratti

5.4.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 5.4.1 Riorganizzazione della rete regionale dei punti nascita e potenziamento dei centri territoriali

Azione 5.4.1.1 Adozione del documento di riordino della rete dei punti nascita che preveda la chiusura del Punto Nascita presso il PO “Veneziale” di Isernia con contestuale attivazione del Centro Maternità

Indicatore 5.4.1.1 DCA Riorganizzazione della rete regionale dei PN

Azione 5.4.1.2 Implementazione del parto fisiologico indolore

Indicatore 5.4.1.2 Provvedimento ASReM

Azione 5.4.1.3 Attuazione di programmi di prevenzione della depressione post-partum

Indicatore 5.4.1.3 Provvedimento ASReM

Azione 5.4.1.4 Realizzazione di campagne di promozione del percorso nascita e dello sviluppo sano del bambino

Indicatore 5.4.1.4 Provvedimento ASReM

Obiettivo 5.4.2 Allineamento agli standard di volume e miglioramento degli esiti di salute previsti dal DM 70/2015

Azione 5.4.2.1 Redazione di un Report di monitoraggio trimestrale con l’individuazione di indicatori di monitoraggio, inclusi gli indicatori misurati dal PNE, associabili alla verifica del buon funzionamento della rete PN

Indicatore 5.4.2.1 Misurazione degli indicatori

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
5.4.1 Riorganizzazione della rete regionale dei punti nascita e potenziamento dei centri territoriali	5.4.1.1 Adozione del documento di riordino della rete dei punti nascita che preveda la chiusura del Punto Nascita presso il PO “Veneziale” di Isernia con contestuale attivazione del Centro Maternità	15/03/2026	Proposta schema DCA	Riordino della rete PN SI/NO		
		30/04/2026	Adozione DCA			
	5.4.1.2 Implementazione del parto fisiologico indolore	31/12/2026	Relazione ASReM	Percentuali di adesione: 45% circa		
		31/12/2027	Relazione ASReM	Percentuali di adesione: 55% circa		
		31/12/2028	Relazione ASReM	Percentuali di adesione: 70% circa		
	5.4.1.3 Attuazione di programmi di prevenzione della depressione post-partum	30/09/2026	Provvedimento ASReM	Numero programmi di prevenzione avviati / Numero totale parti		

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
	5.4.1.4 Realizzazione di campagne di promozione del percorso nascita e dello sviluppo sano del bambino	30/09/2026	Provvedimento ASReM	Realizzazione campagne SI/NO		
5.4.2 Allineamento agli standard di volume e miglioramento degli esiti di salute previsti dal DM 70/2015	5.4.2.1 Redazione di un Report di monitoraggio trimestrale con l'individuazione di indicatori di monitoraggio, inclusi gli indicatori misurati dal PNE, associabili alla verifica del buon funzionamento della rete PN	Periodico (trimestrale)	Report di monitoraggio	Misurazione degli indicatori (% di raggiungimento delle soglie di volume e degli esiti di salute secondo gli standard)		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						

5.5 Rete Trauma

Con DCA 180/2025 la Struttura Commissariale ha definito la Rete Trauma, con cui programma 1 Centro Trauma di Zona (CTZ) presso il DEA di I livello Ospedale Cardarelli di Campobasso, quale struttura HUB e n. 2 Presidi di Pronto Soccorso per Traumi (PST), presso l'Ospedale S. Timoteo di Termoli e l'Ospedale Veneziale di Isernia, quali centri Spoke. Integra la Rete l'IRCCS Neuromed per la presenza della disciplina di Neurochirurgia, quale riferimento regionale in caso di trauma complicato da interessamento neurologico.

Con successivo DCA n. 15/2026 si è preso atto del documento "Percorso diagnostico terapeutico assistenziale trauma maggiore nel paziente adulto", di cui alla Deliberazione del Direttore Generale ASReM n. 43 del 13/01/2026.

In conformità ai richiamati provvedimenti è confermata la partecipazione dell'IRCCS Neuromed all'attività ortopedica dedicata al trauma maggiore con complicanze neurologiche, ad invarianza di numero di posti letto e di budget.

Entro il 31 maggio 2026, l'ASReM provvede a stipulare gli accordi con le Regioni limitrofe per il trasferimento degli altri casi di trauma maggiore.

Per mancanza di un adeguato bacino d'utenza non è invece programmabile in Regione il Centro Traumi di Alta Specializzazione (CTS), per il quale il DM 70/2015 prevede un bacino di utenza ottimale di 2.000.000-4.000.000 di abitanti, un volume di attività per trauma di almeno 400-500 casi/anno e una quota di traumi gravi superiore al 60% dell'intera casistica trattata. Pertanto, in caso di necessità di competenze di Alta Specializzazione per Traumi del cuore e dei grossi vasi, Grandi Ustionati, Amputazioni con necessità di Microchirurgia, è necessario fare riferimento a Centri extra-regionali.

Si rileva che il numero di traumi severi trattati nel triennio 2021 – 2023 è pari a 54 presso l'Ospedale Cardarelli di Campobasso, 47 presso l'Ospedale S. Timoteo di Termoli e pari a 43 presso l'Ospedale Veneziale di Isernia (Fonte: Portale Statistico di Agenas, sezione Accessibilità alla Rete Trauma).

L'indicatore 'Mortalità a 30 giorni dal ricovero per un episodio di trauma maggiore' riferito all'anno 2023 rileva una percentuale (grezza) di pazienti deceduti pari al 33,3% nella regione Molise, rispetto al dato Italia pari a 27,8% (% grezza) (Fonte: Agenas, Quarta Indagine Nazionale sullo stato di attuazione delle Reti Tempo-dipendenti. Rapporto su dati 2023).

5.5.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 5.5.1 Definizione della rete regionale trauma e del percorso dei pazienti con trauma grave

Azione 5.5.1.1 Definizione del percorso del trauma grave (PDTA)

Indicatore 5.5.1 Provvedimento

Azione 5.5.1.2 Sottoscrizione di accordi con Strutture regionali ed extraregionali per i casi di Trauma Maggiore complicato

Indicatore 5.5.1.2 Sottoscrizione accordi che contengano le modalità operative di trasferimento al CTS dei pazienti con trauma grave

Indicatore 5.5.1.2 Indicatori per il monitoraggio del numero di trasferimenti e degli esiti conseguiti

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
5.5.1 Definizione della rete regionale trauma e del percorso dei pazienti con trauma grave	5.5.1.1 Definizione del percorso del trauma grave	31/03/2026	DCA			
	5.5.1.2 Sottoscrizione di accordi con Strutture regionali ed extraregionali per i casi di Trauma Maggiore complicato	31/05/2026	Sottoscrizione Accordi	Accordi di mobilità SI/NO Indicatori per il monitoraggio del numero di trasferimenti e degli esiti conseguiti		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						

5.6 Rete oncologica

Chirurgia oncologica

Si riportano di seguito i dati PNE 2025 relativi all'anno 2024 in merito ai principali interventi per tumore maligno:

	mammella		colon		retto	cerebrale		ovaio	utero	polmone	tiroide	stomaco	fegato	pancreas	prostata	rene
	volumi 2024	Prop. Int. resezione entro 120gg da int. Conservativo	volumi 2024	mortalità 30gg (biennio 2023 - 2024)	volumi 2024	volumi 2024	mortalità 30gg (triennio 2022 - 2024)	volumi 2024	volumi 2024	volumi 2024	volumi 2024	volumi 2024	volumi 2024	volumi (resezione pancreatici)	volumi 2024	volumi 2024
Soglia per struttura*	150		50		50					96				50	50	
OSP. 'A.CARDARELLI'	96	1,84	32		8			1		11	8	1	2	3	32	18
OSP. 'S TIMOTEO-TERMOLI'			14		1							2			4	
OSP. VENEZIALE-ISERNA			20		3			1				2				
CASA DI CURA VILLA MARIA SRL	40															
CASA DI CURA PRIVATA VILLA RESPONSIBILE			5												2	1
RES. HOSP. SPA NEUROMED I.R.C.C.S.	105	6,94	33	0	4			20	80	3	4	5	7	1		2
Italia		5,07		3,52			2,75									
Mobilità passiva	94		50		22	22		11	17	61	49	19	26	16	101	46

*la soglia per struttura è definita dal DM 70/2015 o ricavata dalla letteratura scientifica

Gli interventi per tumore maligno eseguiti in regione Molise sono principalmente per tumore della mammella, colon, cerebrale, ovaio e utero. Sia per la mammella che per il colon si nota un'elevata frammentazione della casistica: nessuna struttura raggiunge la soglia di volume prevista per struttura (mammella 150 interventi, colon 50 interventi).

Per gli altri interventi per tumore maligno retto, polmone, tiroide, stomaco, fegato, pancreas, prostata e rene si rilevano volumi molto bassi, spesso frammentati, nonostante il numero di residenti operati fuori Regione evidenzia un fabbisogno.

Come già richiamato, nella nuova programmazione si prevede di avviare un percorso volto alla concentrazione della casistica trattata, con il principale obiettivo di raggiungere le soglie di sicurezza previste dal DM 70/2015 o dalla letteratura scientifica e migliorare gli esiti di salute. La riduzione della frammentazione consente anche di caratterizzare gli Ospedali di più piccole dimensioni, centri spoke, e di lasciare la casistica più complessa ai centri hub.

5.6.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 5.6.1 riorganizzazione delle reti di chirurgia oncologica

Azione 5.6.1.1 ridefinizione delle reti chirurgiche per patologia

Indicatore 5.6.1.1 Raggiungimento della soglia di volume per struttura (concentrazione della casistica)

Azione 5.6.1.2 ridefinizione della rete senologica che preveda il mantenimento della sola Breast Unit presso l'Ospedale pubblico A.Cardarelli

Indicatore 5.6.1.2 Raggiungimento della soglia di volume per struttura (concentrazione della casistica)

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
5.6.1 riorganizzazione delle reti di chirurgia oncologica	5.6.1.1 ridefinizione delle reti chirurgiche per patologia	A partire dal 28/02/2026	DCA	Raggiungimento della soglia di volume (concentrazione della casistica)		

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
	5.6.1.2 Mantenimento di una sola Breast Unit presso l'Ospedale pubblico A.Cardarelli	A partire dal 28/02/2026	DCA	Raggiungimento della soglia di volume (% volumi / soglia 150 interventi)		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						

5.7 Rete malattie rare

Nella scorsa programmazione, la Regione Molise ha adottato il Decreto Commissariale n. 55/2023, con il quale è stato recepito il Piano Nazionale per le Malattie Rare. In continuità con tale impegno, con il Decreto Commissariale n. 9/2024, la Regione ha individuato i Centri regionali deputati allo svolgimento delle funzioni stabilite dal Documento di Riordino della Rete Nazionale Malattie Rare. I centri individuati sono i seguenti:

1. Centro di Coordinamento: S.C. Oculistica presso il P.O. Cardarelli.
2. Centri di Riferimento:
 - a) S.C. Oculistica presso il P.O. Cardarelli - Malattie rare occhio;
 - b) S.C. Medicina Trasfusionale presso il P.O. Cardarelli - Malattie rare emorragiche;
 - c) S.C. Pediatria presso il P.O. Cardarelli - Malattie rare metaboliche età evolutiva;
 - d) IRCCS Neuromed - Malattie rare sistema nervoso e organi di senso.
3. Centro di Eccellenza: Istituto IRCCS – Neuromed di Pozzilli (IS).

Questi centri, grazie alla loro specializzazione e capacità di collaborazione, rappresentano il punto di riferimento fondamentale per i pazienti affetti da malattie rare e si inseriscono in un contesto di continuità assistenziale regionale, al fine di garantire un trattamento adeguato e mirato in un ambito altamente complesso.

Inoltre è in corso una verifica per inserire altri centri di riferimento per malattie rare interessanti altri organi, quali quelle a carico del sistema cardiovascolare.

Nel triennio 2026-2028, la Regione Molise si concentrerà sul miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, sulla cooperazione tra i vari attori coinvolti e sull'adozione di soluzioni innovative per garantire il miglior trattamento possibile ai pazienti con malattie rare. Sarà attivato un sistema di monitoraggio e valutazione per analizzare l'efficacia delle politiche adottate, con l'obiettivo di apportare eventuali modifiche e miglioramenti in tempo utile, al fine di garantire un servizio sempre più adeguato alle esigenze dei pazienti.

5.7.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 5.5.1 Definizione della Rete delle malattie rare

Azione 5.5.1.1 Relazione riassuntiva dell'attività svolta

Indicatore 5.5.1.1 Relazione annuale

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 Relazione riassuntiva dell'attività svolta	31/03/2026	Relazione annuale	Si/no		
	5.5.1.2 Definizione PDTA	31/03/2026	DCA	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 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).

5.9 Rete medicine specialistiche

5.9.1 Rete delle malattie infettive

Con DCA n. 30 del 24/02/2025 è stata approvata la Rete infettivologica della Regione Molise stabilendo l'organizzazione attraverso la quale la Regione Molise garantisce, in modo uniforme su tutto il territorio, il trattamento delle malattie infettive, coprendo tutti gli aspetti, dalla prevenzione alla diagnosi, fino alla presa in carico clinico-assistenziale dei pazienti nelle diverse tipologie di utenza.

Il modello organizzativo ospedaliero adottato a livello regionale è il modello Hub and Spoke, che prevede la concentrazione delle funzioni diagnostico-terapeutiche di alta complessità nei centri "Hub". I centri periferici, identificati come "Spoke", inviano i pazienti che necessitano di trattamenti che superano la complessità gestibile da questi ultimi. Questo sistema garantisce la sostenibilità professionale e l'accesso a un'assistenza adeguata per tutti i cittadini, indipendentemente dal loro luogo di residenza. Il documento, quindi, definisce i nodi della rete infettivologica regionale, le loro specifiche funzioni, le modalità operative di interazione tra di essi e le connessioni con le altre reti sanitarie, per la gestione di patologie specifiche.

La rete infettivologica regionale si compone dei seguenti nodi:

Reparto di Malattie Infettive del Presidio HUB di Campobasso

Il reparto assicura:

- Diagnosi clinico-strumentale in regime di urgenza, ordinario e di Day Hospital terapeutico, con definizione dell'eziologia e della gravità della malattia.
- Implementazione dei provvedimenti terapeutici adeguati per la gestione della fase acuta.
- Consulenza telematica con i presidi Spoke per la corretta gestione dei pazienti infettivologici e identificazione tempestiva dei casi che necessitano di trasferimento al presidio Hub.
- Supporto nella gestione delle patologie infettive per i pazienti ricoverati in altri reparti.
- Utilizzo di percorsi clinico-assistenziali condivisi con gli altri centri della rete per la gestione di patologie infettive.
- Risposta a specifiche necessità diagnostiche e terapeutiche non soddisfatte dai centri Spoke, con capacità di isolamento.

Laboratorio di Microbiologia del Presidio HUB di Campobasso

Il laboratorio garantisce:

- Diagnostica microbiologica molecolare rapida nelle 24 ore per patologie infettive con criteri di urgenza (es. meningite, malaria, sepsi).
- Individuazione tempestiva e comunicazione rapida degli isolati microbiologici nei reparti dell'ospedale Hub.
- Supporto ai laboratori degli ospedali Spoke per la tipizzazione di marcatori di resistenza diagnostica virologica, molecolare e sierologica.
- Segnalazione tempestiva degli allarmi microbiologici.
- Dipartimento di Prevenzione
- Il Dipartimento assicura:
 - Sorveglianza delle malattie infettive tramite il sistema di notifica delle malattie infettive.
 - Attività di prevenzione e controllo delle infezioni, incluse le campagne vaccinali.

È attiva una rete di collaborazione tra il centro HUB e gli ospedali spoke di Termoli e Isernia, finalizzata a rafforzare l'approccio integrato alla gestione delle infezioni e all'uso razionale degli antibiotici.

A partire dal 1° marzo 2025, sono stati effettuati 97 consulti clinici con modalità bedside presso i due ospedali spoke, con cadenza settimanale programmata. Tali interventi rientrano in un modello organizzativo volto a promuovere l'uso consapevole degli antibiotici, attraverso la diffusione dei principi di prescrizione basati sulla classificazione AWaRe dell'OMS e la verifica dell'appropriatezza prescrittiva secondo le più aggiornate linee guida.

Questa attività si inserisce in un più ampio obiettivo di rafforzare la stewardship antimicrobica sul territorio, migliorando la qualità dell'assistenza e contribuendo al contrasto dell'antibiotico-resistenza attraverso azioni concrete e coordinate.

Strutture territoriali

Le strutture territoriali si occupano di individuare i casi che necessitano di valutazione infettivologica, con particolare attenzione alle popolazioni fragili, tra cui:

- Ospiti di strutture residenziali e riabilitative.
- Pazienti in assistenza domiciliare integrata.
- Migranti nei centri di accoglienza.
- Tossicodipendenti che afferiscono ai SERD (Servizi per le Dipendenze).
- Detenuti.

Comitati per la prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CICA Aziendale e CIO dei Presidi)

I comitati forniscono indirizzo e supporto per:

- Attività di prevenzione e controllo del rischio infettivo all'interno delle strutture sanitarie.
- Identificazione e contenimento del rischio infettivo per pazienti e operatori sanitari.

UO Risk Management e Clinical Governance

L'unità si occupa di:

- Sviluppare un piano di formazione e aggiornamento sul rischio infettivo.
- Promuovere e diffondere le buone pratiche per il controllo e la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.
- Monitorare la qualità delle cure e dei servizi con implicazioni sul rischio infettivo.
- Monitorare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci antinfettivi.

La Rete è stata strutturata per garantire un approccio integrato e tempestivo nella gestione delle malattie infettive, con una chiara divisione dei compiti tra i vari nodi e un forte impegno nella prevenzione, nella diagnosi, e nella cura delle patologie infettive.

5.9.2 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 5.7.2 Definizione della Rete delle malattie infettive

Azione 5.7.2.1 Aumento capacità di ricovero

Indicatore 5.7.2.1 DCA

Azione 5.7.2.2 Potenziamento tecnologico

Indicatore 5.7.2.2 Provvedimento ASReM

Azione 5.7.2.3 Campagne di prevenzione pubblica rivolta alle scuole

Indicatore 5.7.2.3 DCA

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 Aumento capacità di ricovero	30/06/2026	DCA	Si/no		
	5.7.2.2 Potenziamento tecnologico	31/12/2026	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.7.2.3 Campagne di prevenzione pubblica rivolta alle scuole	30/09/2026 30/09/2027 30/09/2028	Relazione	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.						

5.10 Reti dei servizi di diagnosi e cura

5.10.1 Rete Trasfusionale

Con DCA n. 28 del 20/02/2025 è stata approvata la Rete trasfusionale della Regione Molise in coerenza con la norma nazionale che prevede la creazione di modelli di efficienza delle attività trasfusionali e di quanto disposto dalla comunità europea relativamente alle norme e le specifiche del sistema di qualità per i servizi trasfusionali. Il rationale della riorganizzazione della Rete Trasfusionale della Regione Molise ha lo scopo di delineare le modalità organizzative dell'attività di raccolta di sangue intero e plasma su tutto il territorio regionale mediante l'individuazione delle sedi adibite alla raccolta e la definizione delle attività di promozione e sicurezza della donazione, stabilire il modello organizzativo per la validazione biologica e la lavorazione degli emocomponenti, definire procedure e linee guida per l'appropriatezza e la sicurezza trasfusionale in coerenza con il «Programma regionale Autosufficienza di Globuli Rossi e Medicinali Plasmaderivati Anno 2024 - Piano Sangue e Plasma Regionale 2024-2027» approvato con Decreto del Commissario ad acta della Regione Molise N.64 del 28.12.2023 ed il Programma Operativo 2023-2025 approvato con DCA n. 79 del 03.05.2024. La riorganizzazione della rete trasfusionale del Molise si propone, inoltre, di implementare i settori relativi alle nuove terapie quali aferesi terapeutica, manipolazione e conservazione di cellule staminali per trapianto autologo di midollo, terapie cellulari ed utilizzo di emocomponenti ad uso non trasfusionale che, considerata l'elevata specificità, verranno definiti con documenti separati.

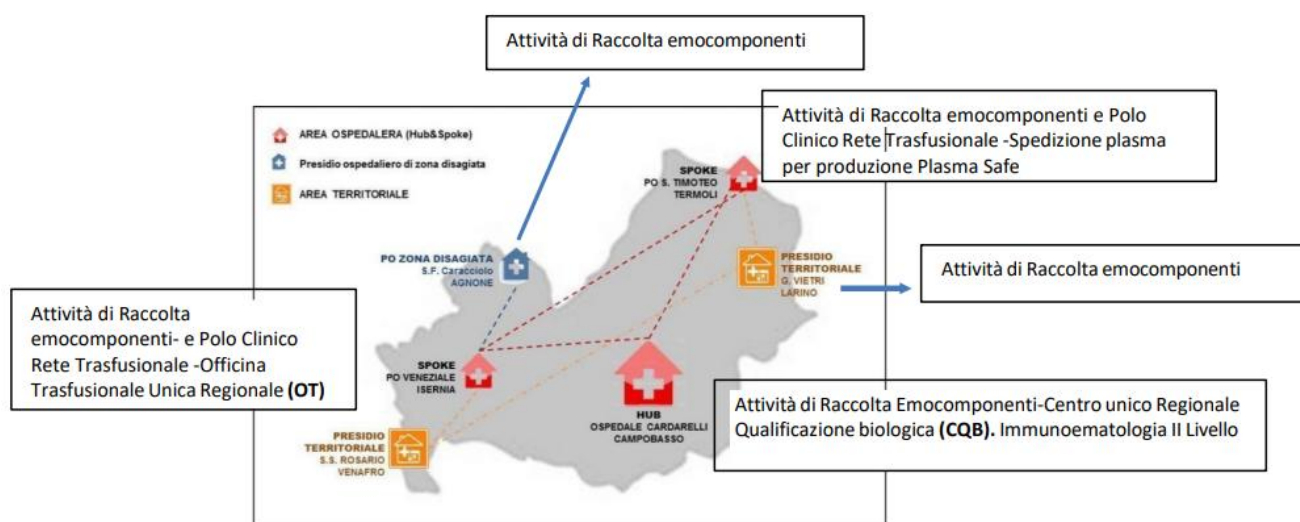
La Rete Trasfusionale della Regione Molise è strutturata secondo un modello **Hub and Spoke**, con un **SIMT (HUB)** e diverse articolazioni **Spoke**. Il **Presidio HUB** di Campobasso comprende l'Unità Operativa di Medicina Trasfusionale, che si occupa della raccolta di sangue, plasma e piastrine, della diagnostica complessa e della gestione di processi analitici, accreditamenti e certificazioni. Inoltre, gestisce il Centro Regionale di Riferimento per la Diagnostica dell'HIV e coordina le attività relative alla donazione di midollo osseo e cellule staminali da cordone ombelicale.

Gli **Spoke** sono rappresentati dalle Unità Operative Semplici Trasfusionali nei presidi ospedalieri di Isernia e Termoli, che gestiscono la raccolta di emocomponenti e le attività diagnostiche di primo livello. L'Officina Trasfusionale di Isernia è

responsabile della lavorazione e distribuzione di emocomponenti, mentre l'Unità di Termoli è un Polo Clinico Regionale per attività specialistiche in ematologia, emostasi, genetica, e malattie rare della coagulazione.

La rete include anche strutture per la raccolta di sangue e plasma come l'Ospedale di Comunità "Caracciolo" di Agnone, la Casa della Salute "Vietri" di Larino e altri poliambulatori. Inoltre, le **Associazioni di Donatori Volontari di Sangue** gestiscono unità di raccolta fisse e mobili, garantendo la copertura del territorio regionale, in particolare con l'uso di autoemoteche.

La riorganizzazione della rete mira a garantire la qualità, ottimizzare i costi e migliorare la gestione delle risorse, con particolare attenzione alla formazione del personale e alla standardizzazione dei processi. Un sistema informativo regionale unificato, la programmazione del fabbisogno di emocomponenti e la gestione centralizzata delle scorte contribuiscono a garantire un'efficace integrazione ospedale-territorio e una maggiore efficienza nei servizi trasfusionali



La Regione Molise, attraverso la riorganizzazione della Rete Trasfusionale si propone diversi obiettivi tra cui:

- IMPLEMENTAZIONE TECNOLOGICA PER LA RACCOLTA DI PLASMA IN AFERESI modello "Plasma Station" basato sul principio che lo stesso separatore possa essere utilizzato in diverse sedi di Raccolta rispettando i criteri di sicurezza previsti dalla normativa vigente;
- IMPLEMENTAZIONE TECNOLOGICA PER LA RACCOLTA DI PLASMA DA SEPARAZIONE potenziato il numero di bilance (da assegnare a nuovi punti di raccolta) per la raccolta di sangue intero e quindi incremento del plasma da separazione da destinare al frazionamento
- IMPLEMENTAZIONE DELLA RESA DEL PLASMA INVIATO ALL'INDUSTRIA

a) Miglioramento dei sistemi di congelamento del Plasma ai fini dell'ottimizzazione della resa

b) Miglioramento del Sistema di Gestione delle scorte mediante utilizzo di dispositivi dedicati alla tracciabilità della produzione/consumo di Plasma Safe e farmaci plasma derivati destinati ai pazienti

- IMPLEMENTAZIONE NUMERO DONATORI/DONAZIONI attraverso l'utilizzo di sistemi informatici dedicati (Portale del Donatore)
- MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA EMOCOMPONENTI LABILI E FARMACI PLASMADERIVATI: elaborazione di procedure ed attuazione di misure volte a migliorare: la gestione delle scorte e l'appropriatezza dei consumi (Programmi di Patient Blood Management Regionali) anche attraverso percorsi di formazione specifica per i medici prescrittori
- Produzione Emocomponenti ad uso non trasfusionale: Attuare un "Programma di Trapianto Midollo Autologo Regionale" che prevede l'integrazione funzionale tra il Servizio Trasfusionale e il Responsible Research Hospital nel rispetto della normativa vigente

Nell'area delle Telemedicina s'intende completare l'implementazione della Telemedicina migliorando le modalità di reclutamento, fidelizzazione, chiamata programmata dei donatori, attraverso l'utilizzo del Portale del Donatore e la Gestione della Trasfusione di emocomponent.

5.10.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 5.8.1 Potenziamento della Rete Trasfusionale

Azione 5.8.1.1 Attivazione del sistema informatizzato per validazione a distanza

Indicatore 5.8.2.1 Provvedimento ASReM

Azione 5.8.1.2 Attivazione del portale del donatore

Indicatore 5.8.1.2 Provvedimento ASReM

Azione 5.8.1.3 Attivazione dell'interfaccia con i reparti/laboratorio per referto informatizzato

Indicatore 5.8.1.3 Provvedimento ASReM

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
5.8.1 Potenziamento della Rete Trasfusionale	5.8.1.1 Attivazione del sistema informatizzato per validazione a distanza	31/12/2026	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.8.1.2 Attivazione del portale del donatore	31/12/2026	Provvedimento ASReM	Si/no		
	5.8.1.3 Attivazione dell'interfaccia con i reparti/laboratorio per referto informatizzato	31/12/2026	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.						

5.10.2 Rete Laboratori

La programmazione regionale, come definita dai previgenti Programmi Operativi, 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 DCA n. 7/2023, la Regione Molise ha proceduto ad approvare il Piano di riorganizzazione della Rete dei Laboratori, al fine di procedere al progressivo percorso di miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi nonché nell'efficientamento economico finanziario. Il predetto piano ha previsto una riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici e privati 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.

Si precisa, tuttavia, che il DCA di riorganizzazione della rete laboratoristica n. 7/2023 è stato oggetto di impugnativa ed all'esito annullamento giurisdizionale con sent. TAR Molise n. 110/2024, a motivo dell'irragionevolezza della soglia minima fissata a 200.000 prestazioni: il Giudice sostiene che la soglia delle 200.000 prestazioni non sia ragionevole se si considera che la popolazione della regione Molise è di soli 300.000 abitanti, dislocati su un territorio in condizioni orogeografiche disagiate, con difficoltà di collegamento tra i centri. Inoltre, il TAR Molise afferma in sentenza che la fissazione della soglia minima così alta per la Regione Molise si traduce in una violazione dei principi della libera

concorrenza perché creerebbe posizioni dominanti sul mercato e sostanzialmente situazioni di monopolio da parte dei grandi laboratori.

La regione Molise ha ritenuto di non appellare la predetta sentenza sulla base delle seguenti, fondanti ragioni.

La giurisprudenza del Consiglio di Stato sulla materia appare assolutamente sfavorevole all'eventuale appello, in particolare si cita per tutte la sent. C. di St. sez. III n. 4517/2018, che nel rigettare l'appello della regione Basilicata avverso la sentenza del TAR che aveva accolto l'annullamento dell'atto di riorganizzazione della rete laboratoristica regionale con soglia minima a 200.000 prestazioni (dunque questione giuridica assolutamente identica), così argomenta:

“Decisivi risultano i seguenti dati essenziali, già innanzi richiamati:- nel documento allegato all'Accordo Stato-Regioni citato si legge che “La soglia minima proposta come riferimento è di 200.000 esami di laboratorio complessivamente erogati in un anno e dovrà essere raggiunta in tre anni di attività, partendo da un volume minimo di 100.000 esami di laboratorio annui”;- dunque, limitandosi ad una interpretazione meramente testuale della disposizione, deve convenirsi sul fatto che i suddetti parametri numerici, in quanto “proposti”, possono essere intesi come non vincolanti, non rinvenendosi altre indicazioni letterali in grado di avvalorarne, espressamente o implicitamente, una diversa lettura (...).

Ed ancora che: i vincoli che si vorrebbero applicare nei confronti delle strutture accreditate incidono sulla loro libertà di organizzazione e, più in generale, sull'ambito della iniziativa economica privata, quindi su profili muniti di rilevanza anche costituzionale (art. 41 Cost.) e la cui limitazione è opportuno che discenda da norme esplicite e di indubbia interpretazione, quali non possono, per le ragioni testuali e sistematiche sin qui esposte, quelle addotte dalla parte appellante a fondamento della propria tesi argomentativa. Per quanto esposto, l'appello non può trovare accoglimento.” (Cons. di St. sez. III sent. n. 4517/2018).

Dello stesso avviso l'ordinanza del Consiglio di Stato n. 4477/2017 che, emessa proprio nei confronti della regione Molise, ha rigettato l'appello di quest'ultima sulla sospensiva concessa dal TAR Molise avverso il precedente atto di riorganizzazione della rete laboratoristica.

È stata dunque elaborata un'altra proposta di riorganizzazione in ottemperanza ai principi indicati nella sentenza del TAR Molise. La proposta è stata inviata ai Ministeri affiancanti per la preventiva approvazione, ma il parere rileva l'inderogabilità della soglia minima di 200.000 prestazioni di cui all'Accordo Stato-Regioni del 23/03/2011.

L'obiettivo della programmazione regionale per il triennio 2026–2028 è quello di prevedere attraverso un Decreto del Commissario ad Acta il riassetto organizzativo della rete laboratoristica pubblica e privata accreditata, favorendo la creazione di raggruppamenti (ATI) tra i laboratori privati al fine di raggiungere la soglia minima di 200.000 prestazioni nell'anno 2027.

Si precisa che la Regione effettua il periodico monitoraggio dello stato di attuazione della riorganizzazione della rete laboratoristica del Molise

5.10.2.1 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

Azione 5.8.3.2 Monitoraggio annuale delle prestazioni di laboratorio e prestazioni NGS

Indicatore 5.8.3.2 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*	30/06/2026	DCA	Si/no		
	5.8.3.2 Monitoraggio annuale delle prestazioni di laboratorio e prestazioni NGS	31/12/2026	Report annuale	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						

5.11 Rete riabilitazione e lungodegenza

L'attuale rete di riabilitazione e lungodegenza è stata rimodulata sia nella rete ospedaliera sia nella rete territoriale con l' accentramento dei posti letto di riabilitazione ospedaliera nel PO Cardarelli di Campobasso e la individuazione dei posti letto di lungodegenza nella nuova rete territoriale, al fine di ottimizzare le risorse finanziarie e di consentire la riconversione di alcune strutture ex ospedaliere.

5.11.1 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	30/06/2026	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 istituzionale, 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; Appropriatezza 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.

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. Nell'anno 2018 sono stati rilasciati gli accreditamenti istituzionali in favore 4 strutture sociosanitarie.

Con DCA n. 20 del 01.03.2024 rubricato: "Documento di programmazione della rete territoriale" la Regione Molise ha predisposto il documento di programmazione della rete territoriale, in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022, sostituito integralmente con il DCA 80/2024 del 03.05.2024.

Il citato documento definisce il fabbisogno e i setting assistenziali relativi alle prestazioni da erogare sul territorio, propedeutiche al rilascio degli accreditamenti istituzionali per le strutture sanitarie, processo con il quale la Regione riconosce alle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, la possibilità di erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario Regionale.

In coerenza con quanto stabilito dalla delibera del Consiglio dei Ministri in data 31 agosto 2023 ed in particolare alle azioni ed interventi di cui al punto IX *"Corretta applicazione delle procedure di autorizzazione ed accREDITamento degli erogatori, in coerenza con il fabbisogno assistenziale, la normativa vigente e le indicazioni dei Tavoli tecnici di monitoraggio"*, 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 pubblica e privata.

L'OTA, *"struttura a cui spetta il compito, nell'ambito del processo di accREDITamento, della gestione delle verifiche, nonché dell'effettuazione della valutazione tecnica necessaria ai fini del rilascio del provvedimento di accREDITamento"*, opera in coerenza con la normativa nazionale e regionale di riferimento e sulla base della programmazione e del fabbisogno regionale.

Nel corso dell'anno 2024, in conformità alle direttive della Struttura Commissariale, l'Organismo Tecnicamente Accreditante ha svolto le verifiche necessarie per garantire la presenza e la sussistenza dei requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie. La Struttura Commissariale ha quindi rilasciato gli accreditamenti istituzionali in favore di 36 strutture sanitarie.

Il sistema di accreditamento regionale (L.R. 18/2008) prevede il rinnovo triennale degli accreditamenti, previa domanda e verifica dei requisiti. In tale contesto, sono stati rinnovati gli accreditamenti in favore di 6 strutture sanitarie.

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/aggiornamento dei Decreti che regolano l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie presenti in Regione.

Tale decisione nasce anche dalla necessità di integrare i requisiti di accreditamento già vigenti con gli ulteriori elementi di valutazione stabiliti nell'Allegato A) del D.M.S. 19 dicembre 2022, nel quale sono definiti i criteri che le Regioni devono adottare nei propri ordinamenti per la valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie.

Pertanto al fine del rilascio dell'accreditamento istituzionale da parte della Regione, le strutture che ne fanno richiesta, che siano nuove strutture pubbliche e private, o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, o in caso di richiesta di rinnovo periodico, devono integrare i requisiti previsti nel manuale Regionale di accreditamento, di cui al DCA n. 36 del 23.06.2017, con ulteriori requisiti stabiliti nel DMS 19/12/2022.

Obiettivo primario della Regione è la revisione del Manuale di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie, in linea con le indicazioni che saranno fornite dai Ministeri e dall'Agenas.

La materia delle autorizzazioni all'esercizio dell'attività sanitaria e dell'accreditamento istituzionale è caratterizzata da iter procedurali molto complessi che presuppongono istruttorie tecniche ed amministrative molto articolate, afferenti alla 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.

Tutte le strutture che vogliano esercitare attività sanitaria e/o socio-sanitaria 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 (rif. DCA n. 36/2022).

L'erogazione di prestazioni sanitarie per conto del SSN è subordinata, per le strutture sanitarie, all'ottenimento dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale, nonché alla successiva stipula di un contratto con l'azienda sanitaria regionale.

Nell'ottica di un costante perfezionamento dei flussi amministrativi è stato adottato il DCA n. 198 del 30.12.2025, rubricato: *"Approvazione dell'applicativo software per la digitalizzazione delle istanze di autorizzazione e accreditamento. Integrazioni al DCA n. 36/2022. Provvedimenti"*.

L'iniziativa dota l'Amministrazione di una piattaforma dedicata alla gestione informatizzata dei procedimenti, consentendo una conduzione puntuale delle attività di autorizzazione e accreditamento, in piena coerenza con i regolamenti regionali e nazionali vigenti.

Attraverso il portale istituzionale della Regione Molise, i soggetti interessati possono procedere alla trasmissione telematica delle istanze e del relativo corredo documentale, seguendo le indicazioni fornite nei documenti tecnici allegati al citato provvedimento.

L'implementazione della piattaforma software dedicata agevola sia l'utente interessato alla richiesta di autorizzazione/accreditamento, semplificando la presentazione della domanda, sia l'istruttore incaricato dell'esame della relativa istanza, ottimizzando la gestione e l'elaborazione dei dati.

Nel dettaglio è stata definita l'istruttoria informatica delle pratiche per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale che prevede:

- 1) istruttoria dell'istanza di autorizzazione alla realizzazione della struttura sanitaria, ai sensi dell'art. 7 della L.R. 18/2008 e del Manuale di Autorizzazione;
- 2) invio dell'istanza al dipartimento di prevenzione dell'Asrem per la verifica della congruità delle misure previste per il rispetto dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi del progetto, ai sensi del comma 7, lett. c) dell'art. 12 della legge di stabilità 2020;
- 3) invio al comune territorialmente competente del nulla osta regionale alla realizzazione della struttura sanitaria;

- 4) istruttoria dell'istanza di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria, ai sensi dell'art. 8 della L.R. 18/2008 e del Manuale di Autorizzazione;
- 5) invio dell'istanza al dipartimento di prevenzione dell'Asrem per il rilascio del parere tecnico-sanitario, con visita di sopralluogo, necessario alla concessione dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria;
- 6) istruttoria dell'istanza di richiesta di accreditamento istituzionale da parte della struttura sanitaria autorizzata all'esercizio, ai sensi dell'art. 15 della L.R. 18/2008 e del DCA n. 36 del 23.06.2017 ed invio della stessa all'Organismo Tecnicamente Accreditante.

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.

Parallelamente, si provvederà ad uniformare i requisiti relativi a branche specialistiche disciplinate e approvate in data successiva al citato decreto, con particolare riferimento all'sall e alle Cure Domiciliari, garantendo così la necessaria coerenza normativa. Il raggiungimento di tale obiettivo sarà perseguito in concomitanza con la piena implementazione della piattaforma software dedicata.

In merito al rinnovo degli accreditamenti, per garantire l'efficacia dell'operazione e la massima tutela del cittadino, le attività di verifica non seguiranno un ordine puramente cronologico, ma si baseranno su chiari criteri di rilevanza strategica. Nello specifico, la priorità degli audit sarà riservata alle strutture caratterizzate da un'alta complessità assistenziale, nonché a quelle che gestiscono volumi significativi di prestazioni e mobilità attiva. L'obiettivo è duplice: salvaguardare la stabilità del Servizio Sanitario Regionale e assicurare la continuità di standard qualitativi elevati.

Sotto il profilo temporale, l'amministrazione ha definito un cronoprogramma stringente per rispondere alle esigenze di tempestività del settore. Le operazioni ispettive e di verifica avranno inizio a giugno 2026, con l'obiettivo di concludere l'intero iter amministrativo entro il termine inderogabile di dicembre 2026.

Per rispettare tale scadenza, è stata definita una cadenza operativa costante che prevede la verifica di almeno 7 strutture ogni mese, garantendo un monitoraggio puntuale e sistematico nel pieno rispetto dei tempi stabiliti.

Entro il 31.12.2027 si prevede il raggiungimento dell'obiettivo dedicato all'accREDITamento delle strutture pubbliche, il cui posticipo nasce dalla necessità di garantire un allineamento rigoroso tra la normativa regionale vigente e il nuovo quadro regolatorio nazionale. Lo spostamento all'anno 2027 è funzionale a:

- Permettere l'integrazione organica dei requisiti di accREDITamento con gli ulteriori elementi di valutazione definiti dal D.M.S. 19 dicembre 2022, la cui piena attuazione è prevista entro il termine del 31.12.2026.
- Assicurare una riforma strutturale che garantisca un quadro normativo certo e qualitativamente elevato sia per le strutture pubbliche che per quelle private.

Occorre inoltre considerare che il nuovo sistema di accREDITamento è propedeutico e strettamente connesso alle seguenti Missioni del PNRR:

- M6 C1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona.
- M6 C1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia (Ospedali di Comunità).
- M6 C2.1.1.1.1: Digitalizzazione e rafforzamento strutturale del SSN.

Il nuovo termine del 31.12.2027 è dunque da intendersi come un tempo tecnico indispensabile per attuare una riforma strutturale del sistema di valutazione, assicurando alle strutture pubbliche e private un quadro normativo certo e qualitativamente elevato.

6.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 6.1.1 Digitalizzazione e ottimizzazione della gestione delle procedure di autorizzazione e accreditamento

Azione 6.1.1.1 Implementazione della 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.

Azione 6.1.2. Accreditamento delle strutture pubbliche

Indicatore 6.1.2. DCA

Azione 6.1.3. Allineamento del sistema Regionale alle disposizioni del DL 19 dicembre 2022

Indicatore 6.1.3. DCA

Azione 6.1.4. Revisione del DCA n. 36 del 01.12.2022

Indicatore 6.1.4. DCA

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
6.1.1 Digitalizzazione e ottimizzazione della gestione delle procedure di autorizzazione e accreditamento	6.1.1.1 Implementazione della 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	30/06/2026	DCA	Si/no		
	6.1.2. Accreditamento delle strutture pubbliche	31/12/2027	DCA	Si/no		
	6.1.3. Allineamento del sistema Regionale alle disposizioni del DM 19 dicembre 2022	31/12/2026	DCA/Provvedimento regionale	Si/no		
	6.1.4. Revisione del DCA n. 36 del 01.12.2022	31.12.2027	DCA			
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute Servizio Autorizzazione e Accreditamento						

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

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. 57 del 28-03-2024 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.”

Con il quale è stata necessaria la rimodulazione del DCA 27/2023, a seguito del parere reso dai competenti Ministeri, ovvero di prevedere unicamente il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio e l'accreditamento istituzionale delle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari integrate, così come definiti rispettivamente:

- nel *“Manuale di Autorizzazione all'esercizio per le attività di cure domiciliari”*, di cui all'Allegato 1 e 1 A;
- nel *“Manuale dei requisiti di Accredimento istituzionale per le attività di cure domiciliari”* di cui all'Allegato 2 e 2A;
- nel *“Manuale di autorizzazione/accreditamento per le attività di telemedicina”* di cui all'Allegato 1A bis;

- DCA n. 104 del 21.06.2024 ad oggetto: *“DCA n. 12 del 24-03-2022 - 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” Annullamento e sostituzione.”* Nato dalla necessità di procedere all'approvazione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture deputate anche al trattamento dei pazienti affetti da disturbi dello Spettro Autistico in età evolutiva.

In ragione di quanto sopra, il citato DCA ha reso indispensabile una revisione integrale dei contenuti di cui al DCA 12/2022 e al relativo allegato A), con l'obiettivo di semplificare la procedura di autorizzazione per le strutture sanitarie dedicate a minori e adulti affetti da disturbi dello Spettro Autistico.

Come per l'implementazione della citata piattaforma software, finalizzata ad agevolare sia l'utente interessato alla richiesta di autorizzazione/accreditamento, sia l'istruttore incaricato dell'esame della relativa istanza, si sta procedendo alla definizione e successiva adozione di *“Linee Guida attuative”* del Manuale dei requisiti delle autorizzazioni sanitarie, approvato con DCA n. 36 del 01.12.2022. Tale processo si rende necessario anche a seguito dell'esperienza maturata negli anni di applicazione del manuale, che ha evidenziato alcune criticità di natura applicativa segnalate dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie. Si rende inoltre necessario uniformare le esigenze relative a branche specialistiche approvate successivamente al citato decreto, come ad esempio Autismo e Cure domiciliari.

L'obiettivo sarà attuato in concomitanza dell'implementazione della piattaforma software.

6.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 6.2.1 Revisione/aggiornamento del *“Manuale dei requisiti dell'autorizzazione”*.

Azione 6.2.1.1 Revisione/aggiornamento del decreto di approvazione del *“Manuale dei requisiti dell'autorizzazione”*.

Indicatore 6.2.1.1 DCA di adozione

Obiettivo 6.2.2 Revisione/aggiornamento del *“Manuale dei requisiti dell'accreditamento”*.

Azione 6.2.2.1 Revisione/aggiornamento del decreto di approvazione del *“Manuale dei requisiti dell'accreditamento”*.

Indicatore 6.2.2.1 DCA di adozione

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. Revisione/aggiornamento del "Manuale dei requisiti delle autorizzazioni sanitarie"	31/03/2027	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"	31/12/2027	DCA di adozione	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.

La Regione, con DCA n. 27 del 20/04/2020, 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).

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 che ne hanno fatto richiesta.

L'OTA, avendo acquisito la piena operatività, 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 ha quindi rilasciato 36 nuovi accREDITAMENTI e 6 rinnovi di accREDITAMENTI istituzionali in favore di strutture sanitarie nel corso dell'anno 2024.

Ad oggi la Regione Molise, pur disponendo di un Elenco Regionale dei Valutatori (rif. D.G. Salute n.149/2021), si trova nell'impossibilità di procedere alle verifiche per l'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie a causa della carenza di valutatori disponibili e della decadenza della nomina del Coordinatore dell'O.T.A.

In attesa della pubblicazione di un nuovo Avviso pubblico per l'aggiornamento dell'Elenco Regionale dei Valutatori, la Regione Molise ha provveduto a contrattualizzare il Coordinatore dell'Organismo Tecnico di AccREDITAMENTO (OTA), selezionato attraverso apposito avviso pubblico. Il Coordinatore avrà il compito di svolgere e di garantire il buon andamento delle seguenti attività:

- ✓ coordinare l'attività complessiva dell'Organismo Tecnicamente Accreditante della Regione Molise;
- ✓ verificare la completezza dell'istanza a seguito della istruttoria amministrativa da parte del Servizio Autorizzazione e AccREDITAMENTO della Direzione Generale per la Salute, per la parte tecnica di competenza;
- ✓ individuare, i componenti del Team di verifica, garantendo la compatibilità dei Valutatori rispetto alla sede territoriale ed alla natura (pubblica o privata) della struttura da valutare e ad eventuali conflitti di interesse;
- ✓ definire il fabbisogno e le professionalità dei Valutatori in relazione alla tipologia e complessità delle verifiche da effettuare;
- ✓ partecipare, in casi particolari, alla verifica tecnica per le procedure relative all'accREDITAMENTO istituzionale;
- ✓ esaminare il verbale di verifica redatto dal Team incaricato;

- ✓ trasmettere il verbale di verifica, con eventuali allegati, all'Organo che adotta il provvedimento conclusivo di accreditamento;
- ✓ attivare le verifiche nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, ai sensi della normativa vigente, in caso di inadempienze da parte delle stesse;
- ✓ prendere atto degli esiti dell'attività di vigilanza ordinaria e straordinaria effettuata anche dagli organi ispettivi istituzionali (Carabinieri N.A.S. ecc.), attivando provvedimenti di competenza;
- ✓ stabilire gli indirizzi, in collaborazione con la Direzione Generale per la Salute, in materia di reclutamento, formazione e aggiornamento dei Valutatori.

Si rappresenta che nell'oggetto della prestazione professionale prevista nel Contratto stipulato tra la Regione Molise e il Coordinatore O.T.A., si stabilisce che, tra le attività da svolgere per garantire il buon andamento delle stesse, in collaborazione, con la Direzione Generale per la Salute, dovrà provvedere, in materia di reclutamento dei Valutatori e degli Esperti Tecnici dell'O.T.A. della Regione Molise, alla loro formazione e al loro aggiornamento.

Solo a seguito della formazione sarà possibile provvedere all'avviso pubblico degli stressi per il reclutamento dei Valutatori e degli Esperti Tecnici dell'O.T.A. della Regione Molise. L'obiettivo è previsto entro l'anno 2026.

Nel corso dell'anno 2025, le attività del Coordinatore si sono caratterizzate principalmente per la presa in carico di quanto lasciato in sospeso dal precedente Organismo, tanto per quel che concerne gli incarichi affidati, quanto per la complessiva e necessaria attività di pianificazione ed organizzazione dell'OTA. Nel dettaglio, si sono garantite attività quali:

- la ridefinizione delle griglie di autovalutazione del possesso dei requisiti di accreditamento, differenziate per tipologia di prestazione sanitaria e sociosanitaria erogata;
- la definizione degli atti amministrativi endoprocedimentali tipici dell'attività precipua (richiesta griglie di autovalutazione, richiesta integrazione griglie di autovalutazione, piano di audit, rapporto di audit, parere accreditamento istituzionale);
- la strutturazione dei flussi procedurali e la organizzazione delle attività di back office;
- la presentazione di proposte di adozione di prassi operative condivise con la Struttura Commissariale, la quale, con specifica nota, ha emanato "Linee guida per la conduzione degli Audit presso le strutture richiedenti il rilascio della sussistenza/mantenimento dei requisiti di accreditamento istituzionale" e ulteriore nota relativa a specifiche indicazioni operative per il funzionamento dell'OTA;
- la pianificazione e la attuazione delle attività di audit.

In ultimo, con riferimento alle evidenze e alle risultanze delle attività di audit condotte dall'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA), si riporta il seguente stato di avanzamento delle attività:

- Incarichi conferiti: nel periodo compreso tra maggio 2025 e dicembre 2025, l'OTA ha ricevuto mandati per la verifica di n. 23 strutture private.
- Stato delle verifiche: 12 strutture sono già state oggetto di audit; per tali realtà si è in attesa della risoluzione delle non conformità rilevate durante le ispezioni in loco. Le restanti 11 strutture sono attualmente in fase di pianificazione.
- Esiti e provvedimenti: Nel mese di febbraio 2026, sono stati rilasciati n. 3 verbali di accreditamento, di cui n. 2 relativi a nuove strutture private e n. 1 afferente a una procedura di rinnovo dell'accredimento.

Tali risultanze confermano la continuità dell'azione amministrativa e l'efficacia del monitoraggio sulla rete delle strutture sanitarie e sociosanitarie regionali.

È assicurata la piena operatività dell'O.T.A. tuttavia è necessario costituire l'elenco dei valutatori regionali. Trattandosi di professionisti incaricati di verificare la qualità e la sicurezza dei servizi sanitari, l'iter è improntato alla massima celerità, pur nel rigoroso rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità e competenza tecnica.

Il percorso operativo per l'attivazione dell'elenco è così articolato:

1. **Definizione del Profilo e dei Requisiti:** Individuazione delle competenze chiave (management sanitario, sicurezza del paziente, audit clinico) e dei requisiti formali (iscrizione agli albi, assenza di conflitti di interesse) necessari per garantire l'indipendenza delle verifiche.

2. **Adozione dell'Atto Formale:** Emanazione della Decreto per l'approvazione dell'Avviso Pubblico e dei criteri di valutazione dei curricula.
3. **Selezione e Istruttoria:** Pubblicazione dell'avviso sul BUR e sui canali istituzionali, seguita da una fase di verifica dei titoli e delle incompatibilità per assicurare la massima integrità dei team di valutazione.
4. **Formazione e Accreditamento Interno:** Attivazione di un percorso formativo obbligatorio sull'utilizzo delle check-list e sulle metodologie di audit sul campo, propedeutico all'inserimento definitivo nell'elenco.
5. **Piena Operatività:** Approvazione dell'elenco degli idonei e avvio dei sorteggi per la composizione dei Team di Valutazione, garantendo il principio della rotazione degli incarichi.

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 Relazione

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

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	31/12/2026	DCA	Si/no		
6.3.2 Stesura dell'elenco regionale dei valutatori	6.3.1.2 Approvazione dell'elenco regionale dei valutatori	31/03/2027	DCA	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute Servizio Autorizzazione e Accreditamento						

7 Rapporti con gli erogatori privati accreditati

L'ultimo biennio 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. 2 del 26 gennaio 2023 *“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 2023”*.
- DCA n. 23 del 14 settembre 2023 *“Definizione dei livelli massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie, di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale, erogabili dagli operatori privati accreditati con il servizio sanitario regionale, per l'anno 2023” - Rettifica decorrenza contratto 2023.*”
- DCA n. 25 del 21 settembre 2023 *“DCA n. 2 del 26 gennaio 2023 recante “definizione dei livelli massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie, di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale, erogabili dagli operatori privati accreditati con il servizio sanitario regionale, per l'anno 2023” - rettifica ed integrazione”*.
- DCA n. 89 del 15/05/2024 *“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 2024”*.
- DCA n. 135 del 05/09/2025 *“Livelli massimi di finanziamento per le prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale e assistenza ospedaliera, acquistabili dagli erogatori privati accreditati con il Servizio Sanitario Regionale, per l'anno 2025”*.

La Struttura commissariale ha trasmesso per la preventiva approvazione lo Schema di Decreto relativo ai *“Livelli massimi di finanziamento per le prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale e assistenza ospedaliera, acquistabili dagli erogatori privati accreditati con il Servizio Sanitario Regionale, per gli anni 2026-2027”*.

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 2026-2028, 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.

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, 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.

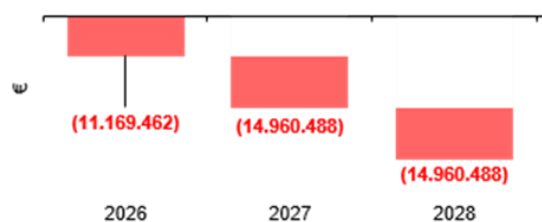
Le azioni previste nel triennio saranno pertanto rivolte a:

- 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

Impatto economico

In materia di acquisti da privato, si stima un risparmio complessivo nel triennio articolato su tre direttrici principali:

- Definizione dei tetti di spesa 2026 per la produzione ospedaliera e specialistica, in coerenza con la programmazione regionale (risparmio annuo di 5,5 €/mln);
- Riorganizzazione dell'assistenza domiciliare integrata mediante nuova procedura di gara, con efficientamento dei corrispettivi rispetto agli attuali livelli di costo sostenuti da ASReM (risparmio annuo 3,8 €/mln)
- Rafforzamento dei meccanismi di controllo e di monitoraggio delle altre prestazioni da privato (incluse psichiatria, protesica, trasporti sanitari da privato ecc..) e individuazione di un vincolo di spesa per l'Azienda Sanitaria, nel rispetto dei limiti definiti nel bilancio economico previsionale risparmio annuo (5,6 €/mln).



L'intervento è finalizzato a garantire maggiore coerenza tra volumi erogati, programmazione e sostenibilità economico-finanziaria del SSR nel triennio di riferimento.

7.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 7.1.1 Fissazione dei livelli massimi di finanziamento annualità 2026-2028

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 2026

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 2027

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 2028

Indicatore 7.1.1.3 DCA di assegnazione

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 2026-2028	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 2026	31/05/2026	DCA di assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'anno 2026	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 2027	31/12/2026	DCA di assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'anno 2027	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 2028	31/12/2027	DCA di assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'anno 2028	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 tutti i contratti per l'acquisto di prestazioni sanitarie al 2025, 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 2026-2027-2028.

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 2026 con le strutture private per evitare l'incertezza derivante dall'assenza di contratto;
- Concludere le trattative per la stipula degli ulteriori accordi di confine.

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 2026-2028

Azione 7.2.1.1 Stipula dei contratti di erogazione delle prestazioni sanitarie con le strutture private – anno 2026

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 2027

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 2028

Indicatore 7.2.1.3 Atto ASReM/Direzione Generale per la Salute

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 2026-2028	7.2.1.1 Stipula dei contratti di erogazione delle prestazioni sanitarie con le strutture private – anno 2026	30/06/2026	Atto ASReM/Direzione Generale	Si/no		
	7.2.1.1 Stipula dei contratti di erogazione delle prestazioni sanitarie con le strutture private – anno 2027	31/01/2027	Atto ASReM/Direzione Generale	Si/no		
	7.2.1.2 Stipula dei contratti di erogazione delle prestazioni sanitarie con le strutture private – anno 2028	31/01/2028	Atto ASReM/Direzione Generale	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						

7.3 Tariffe per tutte le tipologie di assistenza

Nell'anno 2023, 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). Con DCA n. 175 del 19.11.2024 è stato aggiornato il Nomenclatore regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di cui all'Allegato A – Nomenclatore del DCA n. 50/2023 e ss.mm.ii., attraverso la sostituzione dell'elenco delle prestazioni di chirurgia ambulatoriale complessa di cui al DCA n. 35/2014 con un nuovo elenco aggiornato delle prestazioni erogabili sulla base della prescrizione storica delle stesse, fatte salve tutte le altre disposizioni di cui al DCA 35/2014 non in contrasto con la normativa in vigore.

Con successivo DCA N. 190 del 20/12/2024 avente ad oggetto "Decreto del commissario ad ACTA n. 175/2024 recante "Decreto del commissario ad ACTA n. 50 del 01/11/2023 recante: «Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 e decreto del ministero della salute di concerto con il ministero dell'economia e delle finanze del 23 giugno 2023 recepimento del nuovo nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale - Recepimento delle tariffe - Approvazione del nuovo catalogo regionale». Rettifica e integrazioni". Modifiche e integrazioni." è stato aggiornato il nomenclatore sulla base della normativa nazionale.

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'espanto 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.

In relazione alle funzioni assistenziali, per quanto attiene alla rete ictus si richiama quanto riportato nel paragrafo 5.3 in cui, in merito, alla metodologia utilizzata per giungere alla valorizzazione della funzione da attribuire a Neuromed, in applicazione di quanto previsto dal D.lgs. 502/92, l'Age. Na.S. - l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - con il documento tecnico "Valorizzazione della funzione dell'area intensiva - Regione Molise" ha individuato la metodologia di determinazione delle funzioni connesse alla terapia intensiva, definendo i livelli di finanziamento per posto letto. Le funzioni assistenziali dell'IRCCS Neuromed attribuite con i Decreti 100/2025 e 157/2025, saranno quantificate nell'ambito dei relativi contratti, in applicazione della predetta metodologia.

Nell'ambito dei contratti con le Strutture Private che partecipano alla Reti tempo dipendenti, saranno quantificate le relative funzioni assistenziali, secondo la metodologia identificata dall'AGENAS.

7.4.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 7.4.1 Definizione delle funzioni assistenziali nell'ambito della rete per l'emergenza urgenza

Azione 7.1.4.1 Emanazione decreti per assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati per l'anno 2026 e contestuale determinazione delle funzioni assistenziali

Indicatore 7.1.4.1 DCA di assegnazione

Azione 7.1.4.2 Emanazione decreti per assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati per l'anno 2027 e contestuale determinazione delle funzioni assistenziali

Indicatore 7.1.4.2 DCA di assegnazione

Azione 7.1.4.3 Emanazione decreti per assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati per l'anno 2028 e contestuale determinazione delle funzioni assistenziali

Indicatore 7.1.4.3 DCA di assegnazione

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
7.4.1 Fissazione dei livelli massimi di finanziamento annualità 2026-2028	7.1.4.1 Emanazione decreti per assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati per l'anno 2026 e contestuale determinazione delle funzioni assistenziali	31/05/2026	DCA di assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'anno 2026	Si/no		
	7.1.4.2 Emanazione decreti per assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati per l'anno 2027 e contestuale determinazione delle funzioni assistenziali	31/12/2026	DCA di assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'anno 2027	Si/no		
	7.1.4.3 Emanazione decreti per assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati per l'anno 2028 e contestuale determinazione delle funzioni assistenziali	31/12/2027	DCA di assegnazione dei limiti massimi di finanziamento per l'anno 2028	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						

7.5 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 2017¹ e dalla normativa in materia, al fine di adeguare i criteri di appropriatezza stabiliti dal Sistema regionale della qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie, nel triennio di programmazione 2023 – 2025 si è posta l'obiettivo di indirizzare il sistema degli erogatori (pubblici e privati accreditati), attraverso una maggiore chiarezza ed agilità di utilizzo del sistema regolatorio regionale, verso un percorso di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza in tutti i setting assistenziali.

A tal proposito la Regione Molise ha deliberato il DCA n. 29 del 24.02.2025 ad oggetto "sistema dei controlli sull'attività sanitaria" che, rispecchiando i canoni prima descritti, costruisce 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, aggiornando e potenziando l'importanza ed il ruolo del sistema dei controlli esterni.

Il DCA fornisce quindi 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 deliberati, l'Azienda Sanitaria Regionale del Molise – A.S.Re.M ha un ruolo centrale per le verifiche sulla congruità degli interventi effettuati e delle prestazioni rese così da individuare ed evitare una moltiplicazione non appropriata delle prestazioni, inoltre le verifiche insistono anche sulla classificazione delle

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

prestazioni sanitarie così da evitare l'inappropriatezza sulla valutazione dei singoli interventi in particolare l'utilizzo di classificazioni intese a far ricadere le prestazioni tra quelle più remunerative.

La Regione Molise ha la responsabilità della titolarità della funzione di pianificazione e vigilanza a tutela della qualità e dell'efficienza erogativa delle prestazioni sanitarie, 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 ha quindi, tra l'altro, perseguito i 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.);
- Ridurre le quote di inappropriatezza 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, date le funzioni di pianificazione e vigilanza, 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).

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.

Si rappresenta inoltre che nell'ambito degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dell'ASReM, è stato definito un apposito obiettivo "Svolgimento dei controlli di appropriatezza sulle prestazioni sanitarie erogate dagli operatori privati dell'SSR secondo quanto previsto dai DDCAA di riferimento, nonché dalla normativa di settore.

Al fine di potenziare il sistema dei controlli di appropriatezza delle prestazioni erogate dagli erogatori privati accreditati inoltre, l'ASReM ha pubblicato in data 8 aprile 2026, un avviso volto al reclutamento di personale deputato a svolgere la predetta attività.

7.5.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 7.5.1 Reingegnerizzare l'attività dei controlli tramite un modello informatizzato in grado di garantire la tempestività delle verifiche sugli erogatori

Azione 7.5.1.1 Implementazione di un modello informatizzato per l'attività dei controlli-assistenza specialistica

Indicatore 7.5.1.1 Relazione

Obiettivo 7.5.2 Potenziamento del sistema dei controlli di appropriatezza delle prestazioni erogate dagli erogatori privati accreditati

Azione 7.5.2.1 Reclutamento di personale medico per i controlli di appropriatezza

Indicatore 7.5.2.1 Provvedimento ASReM

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
7.5.1 Reingegnerizzare l'attività dei controlli tramite un modello informatizzato in grado di garantire la tempestività delle verifiche sugli erogatori	7.5.1.1 Implementazione di un modello informatizzato per l'attività dei controlli-assistenza specialistica	30/06/2026	Relazione	Si/no		
7.5.2 Potenziamento del sistema dei controlli di appropriatezza delle prestazioni erogate dagli erogatori privati accreditati	7.5.1.1 Reclutamento di personale medico per i controlli di appropriatezza	30/06/2026	Provvedimento ASReM	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute Servizio Livelli Massimi di Finanziamento e dell'Integrazione Socio-sanitaria						
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

Con il Programma Operativo 2023-2025 la Regione ha avviato un monitoraggio approfondito sui contratti in essere e sugli acquisti in corso, al fine di garantire una gestione efficiente e conforme alla normativa vigente. A tal proposito, la Struttura Commissariale ha formalmente diffidato l'ASReM dall'effettuare investimenti utilizzando risorse provenienti da quote di finanziamento corrente destinato all'erogazione del LEA, precisando che eventuali eccezioni a tale disposizione dovranno essere preventivamente autorizzate dalla Struttura Commissariale, al fine di evitare incoerenze e irregolarità nella gestione delle risorse finanziarie.

In aggiunta a tale provvedimento, la Struttura Commissariale ha avviato un'attività di controllo sulle procedure di acquisto in corso e sui contratti in essere. Le principali azioni intraprese includono:

- Il monitoraggio delle procedure di acquisto in corso, attraverso la richiesta di trasmissione di tutta la documentazione necessaria per l'avvio delle stesse, inclusi il capitolato tecnico, il bando di gara, il piano dei fabbisogni, e altre informazioni pertinenti, al fine di garantire che le operazioni siano svolte in conformità con le normative e le migliori pratiche.
- Il controllo sui contratti in essere, attraverso una mappatura dei contratti di fornitura di beni e servizi. Questo include un'analisi comparativa tra l'importo annuale previsto da ciascun contratto e i relativi costi consuntivi, al fine di identificare eventuali scostamenti e garantire la congruità delle spese rispetto agli impegni presi.

Tali attività di monitoraggio e controllo sono finalizzate a migliorare la trasparenza e l'efficienza nell'utilizzo delle risorse pubbliche, assicurando che ogni investimento sia conforme agli obiettivi strategici della Regione e alle disposizioni legislative in materia di acquisti pubblici e gestione finanziaria.

8.1 Programmazione acquisti

In un'ottica di razionalizzazione della spesa, l'ASREM nel corso del biennio precedente, ha avviato tutte le attività necessarie alla definizione del fabbisogno, al fine di predisporre il programma triennale degli acquisti (2026-2028). Tale attività è stata coordinata con la gestione logistica dei magazzini economici e farmaceutici. Inoltre, è stato richiesto al Soggetto Aggregatore Regionale lo stato delle gare, i cui atti preliminari erano già stati trasmessi negli anni precedenti alla Centrale di Committenza della Regione Molise.

La programmazione triennale degli acquisti di beni e servizi è stata pertanto approvata con la Deliberazione del Direttore Generale n. 1769 del 27-12-2024. L'adozione di una programmazione pluriennale, applicata alla gestione delle risorse finanziarie, rappresenta uno strumento fondamentale per la razionalizzazione della spesa. Essa consente una gestione efficace e lungimirante delle risorse disponibili, riducendo sprechi, migliorando l'efficienza, e favorendo economie di scala. Inoltre, permette di acquistare beni e servizi a lungo termine a condizioni più vantaggiose e di gestire i contratti in modo più efficiente, evitando interventi disorganizzati. Infine, favorisce l'allocazione ottimale dei finanziamenti a lungo termine, assicurando una gestione delle risorse più efficace nel tempo.

8.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 8.1.1 Implementazione sistemi di monitoraggio e controllo della spesa dei contratti in ambito sanitario

Azione 8.1.1.1 Monitoraggio degli acquisti di beni e servizi

Indicatore 8.1.1.1 Relazione trimestrale ASReM

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
8.1.1 Implementazione sistemi di monitoraggio e controllo della spesa dei contratti in ambito sanitario	8.1.1.1 Monitoraggio degli acquisti di beni e servizi	30/09/2026	Relazione trimestrale ASReM	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
DG ASReM						

8.2 Aspetti organizzativi e logistici dei processi di acquisto

Nel contesto della gestione sanitaria regionale, sempre più complesso e dinamico, l'ottimizzazione della logistica di farmaci e dispositivi medici è fondamentale per garantire un flusso efficiente e tempestivo di risorse essenziali. Affrontare le sfide logistiche in ambito sanitario regionale richiede una visione strategica e un'attenta progettazione, considerando fattori come la distribuzione equa dei farmaci, la gestione ottimale dei magazzini e la sincronizzazione delle attività logistiche. L'obiettivo è migliorare la qualità delle cure e ridurre i costi.

In questo contesto, la Regione Molise mira ad adottare soluzioni innovative per ottimizzare la logistica sanitaria a livello regionale, con l'intento di recuperare efficienza economica e migliorare l'efficacia delle prestazioni.

L'obiettivo di questa iniziativa è rivedere i modelli logistici aziendali per razionalizzare la gestione di farmaci e dispositivi medici, anche alla luce dei nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale derivanti dal DM 77/2022. La revisione dei processi logistici dovrà tener conto delle peculiarità di approvvigionamento e logistica di farmaci e dispositivi medici nelle nuove strutture territoriali (su tutte Case della Comunità e Ospedali di Comunità), nonché delle difficoltà di dispensazione degli stessi nelle zone interne del territorio regionale.

Il processo di ottimizzazione terrà conto di tutti gli aspetti logistici, dai processi ai sistemi informativi, per ottenere risparmi economici e finanziari, e una migliore gestione delle scorte.

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 Mappatura dell'assetto logistico dell'ASReM AS IS

Indicatore 8.2.1.1 Provvedimento ASReM

Azione 8.2.1.2 Revisione dei processi logistici

Indicatore 8.2.1.2 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 Mappatura dell'assetto logistico dell'ASReM	30/06/2026	Delibera Direttore Generale ASReM	si/no		
	8.2.1.2 Revisione dei processi logistici	31/12/2026	Provvedimento ASReM			
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						
DG ASReM						

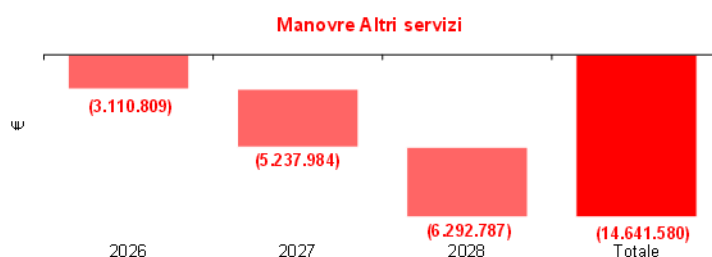
8.3 Centralizzazione/aggregazione degli acquisti

Nel corso del 2024, una delle iniziative principali intraprese per ottimizzare la spesa su beni e servizi è stata la centralizzazione degli acquisti. Questo approccio implica che tutte le richieste di beni e servizi vengano gestite da un unico centro di acquisto, il quale ha il compito di negoziare e acquisire a condizioni vantaggiose. Centralizzare gli acquisti permette di ottenere un maggiore potere di negoziazione con i fornitori, ridurre i costi grazie alla gestione in volume (attraverso l'economia di scala), evitare sprechi e doppioni, poiché gli acquisti sono effettuati in modo pianificato e centralizzato. Nel 2024, sono stati adottati provvedimenti concreti per aderire alle gare dei soggetti aggregatori con i quali esistono accordi di collaborazione, come ad esempio AreaCom e Soresa Scr Piemonte. Inoltre, sono stati attivati contratti tramite convenzioni e accordi quadro Consip, relativi a beni e servizi compatibili con le necessità aziendali. I contratti quadro offrono numerosi vantaggi, tra cui la possibilità di definire in anticipo i termini di acquisto, garantendo condizioni più favorevoli grazie alla durata pluriennale degli accordi, una maggiore stabilità nei costi e nelle forniture, e una significativa riduzione delle procedure burocratiche, con conseguente risparmio di tempo.

Per il triennio 2026-2028, l'ASReM continuerà a seguire la strada intrapresa nella centralizzazione degli acquisti attraverso la CUC regionale e nell'adesione agli accordi quadro e alle convenzioni Consip.

Impatto economico

Attraverso la centralizzazione degli acquisti, si stima un risparmio complessivo per l'acquisto di beni e servizi nel triennio di riferimento pari a € 14.641.580.



Nel dettaglio, si prevedono minor costi a seguito di:

- Indizione di nuove procedure di gare, il cui importo a base d'asta sarà definito in decremento del 15/20% rispetto al precedente valore di aggiudicazione. Si stima per tale fattispecie, tenuto conto dei contratti in

scadenza per i quali la Regione attraverso la CUC procederà ad indire nuove gare, un risparmio pari a circa 6,7 €/mln;

- Risparmio derivante da procedure di gara già aggiudicate, il cui contratto è in corso di sottoscrizione. Nello specifico attraverso la nuova aggiudicazione di stima un risparmio complessivo su 3 anni per 0,9 €/mln;
- Mancato rinnovo di contratti attinenti a servizi non essenziali per un risparmio complessivo in circa 3 anni di 3,1 €/mln;
- Aggiudicazione di procedure di gara in corso, relative a contratti di manutenzione su apparecchiature e attrezzature sanitarie, con rafforzamento della concorrenzialità e conseguente riduzione strutturale dei costi nel triennio pari a complessivi 3,8 €/mln.

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

Indicatore 8.3.1.1 Relazione 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	30/09/2026	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.

Nel corso del triennio 2026-2028 è intenzione della Regione individuare un modello di monitoraggio che consenta di individuare rapidamente eventuali criticità e porre in essere le conseguenziali manovre correttive.

Controllo di gestione ASReM, dovrà effettuare:

- l'analisi dei consumi, individuando i prodotti consumati (in quantità e valore) ed acquistati (con i relativi prezzi di acquisto) con cadenza semestrale;
- approfondimento "verticale" su alcune specifiche categorie merceologiche ad elevato impatto economico.

La Regione, sulla scorta dei dati ricevuti individua le 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	31/12/2026	DCA			
	8.4.1.2 Predisposizione di report semestrale di monitoraggio	30/06/2026	Report semestrale			
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale, ASReM						

9 Assistenza Farmaceutica e Dispositivi Medici

Per garantire l'accesso ai farmaci e la sostenibilità del sistema sanitario, è fondamentale il controllo la spesa farmaceutica.

Negli ultimi anni, sono state adottate diverse misure per migliorare l'acquisto e la gestione dei farmaci, concentrandosi sulle aree più critiche, come la spesa per acquisti diretti e l'organizzazione degli approvvigionamenti.

Dai dati AIFA sul "Monitoraggio della spesa farmaceutica regionale" del 28.01.2026 (base dati Gennaio-Settembre 2025), la spesa regionale è nel complesso superiore ai tetti di spesa per 16,5 €/mln. La spesa per acquisti diretti supera il tetto di 16,1 €/mln (11,41% vs 8,30%), mentre la spesa convenzionata è superiore al tetto per 0,2 €/mln (6,83% vs 6,80%) e si posiziona al 8° posto rispetto al tetto previsto dalla normativa (L.232/2016, art. 1, comma 398 e comma 399 e s.m.i).

Andamento della spesa farmaceutica rispetto ai tetti stabiliti per legge

Spesa farmaceutica	2021		2022		2023		2024		Gen-Set 2025	
	Molise	Italia	Molise	Italia	Molise	Italia	Molise	Italia	Molise	Italia
Spesa convenzionata	6,41%	6,54%	6,51%	6,43%	6,52%	6,34%	6,85%	6,28%	6,83%	6,33%
Spesa per acquisti diretti	9,59%	9,28%	10,39%	9,82%	10,58%	10,52%	11,77%	11,32%	11,41%	11,64%
Spesa per ossigeno	0,35%	0,20%	0,30%	0,19%	0,33%	0,20%	0,30%	0,19%	0,25%	0,18%
Totale	16,35%	16,02%	17,20%	16,44%	17,43%	17,06%	18,93%	17,78%	18,49%	18,15%

Fonte dati: AIFA, Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale

La tabella sotto riportata mostra l'andamento della spesa farmaceutica nella Molise dal 2020 al 2024. La spesa totale aumenta progressivamente fino a raggiungere 128.361.527,00 euro nel 2024, trainata soprattutto dall'incremento della spesa per acquisti diretti.

Spesa farmaceutica	2020	2021	2022	2023	2024
	Molise	Molise	Molise	Molise	Molise
Spesa convenzionata	39.059.790,00	37.834.294,00	41.268.672,00	42.029.581,00	45.733.716,00
Spesa per acquisti diretti	60.526.429,00	60.376,64	65.808.914,00	68.203.673,00	80.595.387,00
Spesa per ossigeno	1.854.115,00	2.213.384,00	1.914.602,00	2.136.082,00	2.032.424,00
Totale	101.440.334,00	40.108.054,64	108.992.188,00	112.369.336,00	128.361.527,00

Si riportano di seguito i dati relativi al "Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale Gennaio-Settembre 2025" (aggiornato al 28.01.2026) dell'AIFA.

Regione	A FSN* Gen-Set 25	B Soglia 15,30%	C Spesa Convenzionata*	D Spesa per Acquisti diretti**(*)	E=C+D Spesa complessiva(**)	F=E-B Scostamento assoluto(**)	G=F-B Inc. %	H=F/A% Inc. % Scostamento	Anno 2024 Inc. % spesa su FSR 2024
SARDEGNA*	2.701.265.789	413.293.666	187.450.969	401.272.068	588.723.037	175.429.371	21,79	6,49	20,50
CAMPANIA	9.464.665.892	1.448.093.881	652.530.389	1.282.282.877	1.934.813.266	486.719.384	20,44	5,14	20,50
BASILICATA	926.830.431	141.805.056	67.225.023	115.488.565	182.713.587	40.908.532	19,71	4,41	19,20
ABRUZZO	2.205.148.824	337.387.770	152.914.331	279.411.922	432.326.253	94.938.483	19,61	4,31	19,60
MARCHE	2.577.707.803	394.389.294	168.023.676	334.544.671	502.568.346	108.179.052	19,50	4,20	18,68
CALABRIA	3.215.658.752	491.995.789	229.450.450	390.638.689	620.089.138	128.093.349	19,28	3,98	19,08
PUGLIA	6.703.156.056	1.025.582.877	461.931.369	824.787.360	1.286.718.729	261.135.853	19,20	3,90	18,91
FRIULI V.G.*	2.041.731.995	312.384.995	122.565.068	262.677.429	385.242.497	72.857.502	18,87	3,57	19,14
LAZIO	9.751.867.853	1.492.035.781	628.790.975	1.176.469.051	1.805.260.025	313.224.244	18,51	3,21	17,95
MOLISE	516.905.845	79.086.594	35.329.645	60.263.111	95.592.757	16.506.162	18,49	3,19	18,84
UMBRIA	1.505.937.251	230.408.399	87.120.810	187.688.963	274.809.773	44.401.373	18,25	2,95	18,13
E. ROMAGNA	7.698.309.050	1.177.841.285	395.597.861	1.002.213.703	1.397.811.564	219.970.279	18,16	2,86	17,90
LIGURIA	2.727.793.656	417.352.429	156.489.787	335.592.965	492.082.753	74.730.324	18,04	2,74	17,70
SICILIA*	8.163.329.479	1.248.989.410	518.605.921	928.593.151	1.447.199.072	198.209.661	17,73	2,43	17,23
TOSCANA	6.401.164.460	979.378.162	343.535.440	778.639.585	1.122.175.026	142.796.863	17,53	2,23	17,21
LOMBARDIA	17.141.489.904	2.622.647.955	1.260.112.409	1.727.172.195	2.987.284.605	364.636.649	17,43	2,13	16,42
PIEMONTE	7.424.148.845	1.135.894.773	419.841.831	833.704.720	1.253.186.552	117.291.778	16,88	1,58	16,89
VENETO	8.354.145.129	1.278.184.205	435.411.413	924.944.762	1.360.356.175	82.171.970	16,28	0,98	16,21
V. D'AOSTA*	213.281.792	32.632.114	11.543.406	21.982.183	33.525.588	893.474	15,72	0,42	15,69
P.A. BOLZANO	872.877.846	133.550.310	38.840.891	98.338.071	137.178.962	3.628.652	15,72	0,42	15,58
P.A. TRENTO*	908.199.675	138.954.550	52.218.860	88.017.818	140.236.678	1.282.127	15,44	0,14	15,64
ITALIA*	101.515.616.326	15.531.889.298	6.425.170.523	12.054.723.859	18.479.894.382	2.948.005.084	18,20	2,90	17,75
ITALIA**				11.995.242.079	18.420.412.602	2.888.523.304	18,15	2,85	17,75

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 inappropriatezza/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. Le categorie terapeutiche alto-spendenti oggetto di attuale osservazione sono le seguenti:

- **ATC A**
- **ATC C**

TABELLA 1 – FARMACEUTICA CONVENZIONATA, VARIAZIONE PER CLASSI TERAPEUTICHE (FONTE TS - AGG. 30.01.26)				
ATC	GEN-DIC 2024 Importo (€) A	GEN-DIC 2025 Importo (€) B	SCOSTAMENTO Importo (€) C= B-A	SPESA GEN-DIC 2025 vs GEN-DIC 2024 (%)
A	€ 10.082.816	€ 13.123.258	€ 3.040.442	30,15 %
C	€ 17.270.331	€ 17.907.690	€ 637.359	3,69 %

La classe ATC A, nell'anno 2025 ha fatto registrare un aumento del 30,15 % con una spesa pari a 13.123.258 €. Nella Tabella 2 sottostante si evidenziano i maggiori contributi relativi alle sottoclassi ATC di 2° livello, nella quale si evidenzia un incremento delle sottoclassi A10 "Farmaci usati nel Diabete" con una spesa pari a 5.419.812 € e A11 "Vitamine" con una spesa di 1.839.782 €, con aumento percentuale pari rispettivamente al 125,61 % e 2,94 % rispetto all'anno precedente. Si evidenzia inoltre una lieve riduzione per la classe A02 "Farmaci per disturbi correlati all'acidità" che ha fatto registrare un valore di - 1,58 %.

TABELLA 2 - ATC 2° LIVELLO A		
ATC 2	spesa lorda	scostamento % rispetto anno precedente
A10 - FARMACI USATI NEL DIABETE	€ 5.419.812	125,61 %
A02 - FARMACI PER DISTURBI CORRELATI ALL'ACIDITA'	€ 4.241.718	- 1,58 %
A11 - VITAMINE	€ 1.839.782	2,94 %
A07 - ANTIDIARROICI, ANTINFIAMMATORI ED ANTIMICROBICI INTESTINALI	€ 988.012	1,63 %
A05 - TERAPIA BILIARE ED EPATICA	€ 353.679	8,18 %
A12 - INTEGRATORI MINERALI	€ 116.291	- 0,94 %
A04 - ANTIEMETICI ED ANTINAUSEA	€ 69.610	- 7,82 %
A09 - DIGESTIVI, INCLUSI GLI ENZIMI	€ 47.620	1,85 %
A06 - FARMACI PER LA COSTIPAZIONE	€ 36.490	8,98 %
A03 - FARMACI PER DISTURBI DELLA FUNZIONE GASTROINTESTINALE	€ 7.170	- 8,84 %
A16 - ALTRI FARMACI DELL'APPARATO GASTROINTEST. E DEL METABOLISMO	€ 2.718	26,21 %
A01 - STOMATOLOGICI	€ 356	- 69,35%
Totale	€ 13.123.258	

Fonte dati: Tessera Sanitaria

Nell'ambito delle sottoclassi di 2° livello evidenziate in precedenza, i principi attivi di maggiore interesse sono rappresentati nella Tabella 3 sottostante.

TABELLA 3 – ATC 5° LIVELLO CLASSE A					
ATC	PRINCIPIO ATTIVO	SPESA LORDA (€) GEN-DIC 2025	Scostamento SPESA % rispetto all'anno precedente	DDD (Consumi) GEN-DIC 2025	Scostamento DDD % rispetto all'anno precedente
A10		€ 5.419.812	125,61 %	5.353.732	26,08 %
A10BK01	DAPAGLIFLOZIN	€ 771.375	35.156 %	382.354	40.063 %
A10BK03	EMPAGLIFLOZIN	€ 516.963	118.366 %	162.152	119.129 %
A10BK02	CANAGLIFLOZIN	€ 51.149	1.606 %	15.360	1230 %
A10BD15	METFORMINA + DAPAGLIFLOZIN	€ 294.245	2.897 %	146.860	2.897 %
A10BD20	METFORMINA + EMPAGLIFLOZIN	€ 205.391	2.287 %	97.076	2.412 %
A10BD19	LINAGLIPTIN + EMPAGLIFLOZIN	€ 137.692	3.395 %	40.830	3.578 %
A10BD11	METFORMINA + LINAGLIPTIN	€ 131.254	56,60 %	59.584	57,16 %
A10BH05	LINAGLIPTIN	€ 584.817	114,48 %	265.776	115,48%
A10BH01	SITAGLIPTIN	€ 103.777	106,96%	114.359	108,11%
A10BJ06	SEMAGLUTIDE	€ 775.749	649,60 %	102.178	909,90 %
A11		€ 1.839.782	1,63 %	18.273.775	7,16 %
A11CC05	COLECALCIFEROLO	€ 1.453.278	2,98 %	17.655.759	7,29 %
A02BC	INIBITORI POMPA ACIDA	€ 4.241.718	- 1,58 %	10.473.402	- 0,90 %
A02BC02	LANSOPRAZOLO	€ 1.083.175	- 5,52 %	2.531.830	- 4,95 %

Fonte dati: Tessera Sanitaria

In particolare, tra i principi attivi che hanno maggiormente contribuito a determinare incrementi di spesa e consumi, si evidenzia nell'ambito della classe A10 "Farmaci usati nel Diabete", la sottoclasse relativa agli Inibitori Dipeptidil Peptidasi (DDP4)(ATC A10BH)(LINAGLIPTIN, SITAGLIPTIN e relative associazioni) e quella degli Inibitori del co-trasportatore SGLT2 (DEPAGLIFLOZIN, EMPAGLIFLOZIN e relative associazioni) che con Legge di Bilancio 2023 e successivi provvedimenti di carattere nazionale, sono transitate dal canale della DPC al canale della Convenzionata, determinando di fatto un incremento di spesa e dei consumi di quest'ultima;

La classe ATC A02BC inibitori di pompa acida nell'anno 2024 aveva fatto registrare un aumento consistente nel + 2,23% rispetto al 2023. Nel periodo gennaio – settembre 2025 si registra un consumo complessivo di 10.066.042,00 unità posologiche prescritte con confezionamento da 14 compresse per una spesa lorda pari a 3.031.013,24 euro. Considerando che le formulazioni da 28 compresse comportano una importante economia, il passaggio integrale a tali confezioni consente un risparmio annuale stimato di - 194.915,05 euro come meglio descritto in tabella.

ATC	UP	DDD	DESCRIZIONE GENERICO EQUIVALENTE	PEZZI GEN -SET 2025	SPESA LORDA GEN -SET 2025	N°UP CORRISPON DENTI	€ X UP	LORDO RIDETERM.	MINORE SPESA NEL PERIODO GEN -SET '25	MINORE SPESA €/ANNO (PROIEZIONE)
A02BC01	14	7	OMEPRAZOLO 10MG 14 UNITA' USO ORALE	2.227,00	9.098,50	31178	0,29	5.166,64	-3.931,86	-5.256,88
A02BC01	28	14	OMEPRAZOLO 10MG 28 UNITA' USO ORALE	11.667,00	54.134,88	326676	0,17	54.134,88		
A02BC01	14	14	OMEPRAZOLO 20MG 14 UNITA' USO ORALE	11.311,00	80.975,44	158354	0,51	47.788,97	-33.186,47	-44.370,18
A02BC01	28	28	OMEPRAZOLO 20MG 28 UNITA' USO ORALE	55.914,00	472.473,30	1565592	0,30	472.473,30		
A02BC02	14	7	PANTOPRAZOLO 20MG 14 UNITA' USO ORALE	6.690,00	31.942,00	93660	0,34	19.802,35	-12.139,65	-16.230,66
A02BC02	28	14	PANTOPRAZOLO 20MG 28 UNITA' USO ORALE	101.807,00	602.696,04	2850596	0,21	602.696,04		
A02BC02	14	14	PANTOPRAZOLO 40MG 14 UNITA' USO ORALE	2.412,00	20.446,11	33768	0,61	13.193,64	-7.252,47	-9.696,53
A02BC02	28	28	PANTOPRAZOLO 40MG 28 UNITA' USO ORALE	30.280,00	331.263,20	847840	0,39	331.263,20		
A02BC03	14	7	LANSOPRAZOLO 15MG 14 UNITA' USO ORALE	7.313,00	35.467,24	102382	0,35	24.571,68	-10.895,56	-14.567,32
A02BC03	28	14	LANSOPRAZOLO 15MG 28 UNITA' USO ORALE	35.853,00	240.932,16	1003884	0,24	240.932,16		
A02BC03	14	14	LANSOPRAZOLO 30MG 14 UNITA' USO ORALE	7.948,00	63.699,20	111272	0,57	42.720,50	-20.978,70	-28.048,45
A02BC03	28	28	LANSOPRAZOLO 30MG 28 UNITA' USO ORALE	44.942,00	483.126,50	1258376	0,38	483.126,50		
A02BC04	14	7	RABEPRAZOLO 10MG 14 UNITA' USO ORALE	2.690,00	12.509,40	37660	0,33	6.469,45	-6.039,95	-8.075,39

ATC	UP	DDD	DESCRIZIONE GENERICO EQUIVALENTE	PEZZI GEN -SET 2025	SPESA LORDA GEN -SET 2025	N°UP CORRISPON DENTI	€ X UP	LORDO RIDETERM.	MINORE SPESA NEL PERIODO GEN -SET '25	MINORE SPESA €/ANNO (PROIEZIONE)
A02BC04	28	14	RABEPRAZOLO 10MG 28 UNITA' USO ORALE	402,00	1.933,62	11256	0,17	1.933,62		
A02BC04	14	14	RABEPRAZOLO 20MG 14 UNITA' USO ORALE	11.746,00	90.173,24	164444	0,55	51.917,32	-38.255,92	-51.148,02
A02BC04	28	28	RABEPRAZOLO 20MG 28 UNITA' USO ORALE	1.867,00	16.504,28	52276	0,32	16.504,28		
A02BC05	14	9,33	ESOMEPRAZOLO 20MG 14 UNITA' USO ORALE	2.510,00	17.455,40	35140	0,50	10.567,10	-6.888,30	-9.209,63
A02BC05	28	18,67	ESOMEPRAZOLO 20MG 28 UNITA' USO ORALE	31.557,00	265.709,94	883596	0,30	265.709,94		
A02BC05	14	18,67	ESOMEPRAZOLO 40MG 14 UNITA' USO ORALE	1.842,00	16.274,23	25788	0,63	10.057,32	-6.216,91	-8.311,99
A02BC05	28	37,33	ESOMEPRAZOLO 40MG 28 UNITA' USO ORALE	16.868,00	184.198,56	472304	0,39	184.198,56		
TOTALE €									-145.785,79	-194.915,05

Fonte Farmastat

Nel corso dell'anno 2025, a seguito dell'attuazione delle azioni sopra descritte, si è registrato un decremento complessivo della spesa riferita all' ATC A02BC pari all'1,58% rispetto al periodo di riferimento.

In particolare, si evidenzia un significativo risparmio per la specialità Lansoprazolo, che ha fatto registrare una riduzione della spesa pari a - 4,95%, contribuendo in maniera rilevante al risultato complessivo di contenimento dei costi.

ATC	PRINCIPIO ATTIVO	SPESA LORDA (€) GEN-DIC 2025	Scostamento SPESA % rispetto all'anno precedente	DDD (Consumi) GEN-DIC 2025	Scostamento DDD % rispetto all'anno precedente
A02BC	INIBITORI POMPA ACIDA	€ 4.241.718	- 1,58 %	10.473.402	- 0,90 %
A02BC02	LANSOPRAZOLO	€ 1.083.175	- 5,52 %	2.531.830	- 4,95 %

La classe ATC C09 continua a far registrare un incremento rispetto al 2024 anche se di entità minore consistente in +0,34%.

ATC 2	spesa lorda	scostamento % rispetto anno precedente
C09 - SOSTANZE AD AZIONE SUL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA	€ 6.683.002	0,34 %
C10 - SOSTANZE MODIFICATRICI DEI LIPIDI	€ 6.014.510	8,90 %

Nell'ambito della classe ATC C, il contributo maggiormente rilevante è rappresentato nella Tabella 4 sottostante dalla ATC di 2° livello: la sottoclasse C10 "Sostanze modificatrici dei Lipidi" che ha fatto registrare una spesa di 6.014.510 € ed un incremento del 8,90 % rispetto all'anno precedente.

TABELLA 4 – ATC 2° LIVELLO C		
ATC 2	spesa lorda	scostamento % rispetto anno precedente
C09 - SOSTANZE AD AZIONE SUL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA	€ 6.683.002	0,34 %
C10 - SOSTANZE MODIFICATRICI DEI LIPIDI	€ 6.014.510	8,90 %

Fonte dati: Tessera Sanitaria

Analogamente, anche per l'ATC C10AA si può ottenere un risparmio mediante il ricorso a confezionamenti con un maggior numero di compresse.

Nel periodo gennaio – settembre 2025 si registra un consumo complessivo di 7.962.294 unità posologiche prescritte con confezionamento a minor numero di compresse per una spesa lorda pari a 2.785.429,68 euro. Considerando che le formulazioni a maggior numero di compresse comportano una importante economia, il passaggio integrale a tali confezioni consente un risparmio annuale stimato di - **783.791,83** euro come meglio descritto in tabella.

ATC	UP	DDD	DESCRIZIONE GENERICO EQUIVALENTE	PEZZI GEN -SET 2025	SPESA LORDA GEN -SET 2025	N°UP CORRISPON DENTI	€ X UP	LORDO RIDETERM.	MINORE SPESA NEL PERIODO GEN -SET '25	MINORE SPESA €/ANNO (PROIEZIONE)
C10AA01	20	6,67	SIMVASTATINA 10MG 20 UNITA' USO ORALE	9896	33123,36	197920	0,167	18943,77	-14179,59	-18958,06
C10AA01	28	9,33	SIMVASTATINA 10MG 28 UNITA' USO ORALE	1957	5244,76	54796	0,096	5244,76		
C10AA01	10	6,67	SIMVASTATINA 20MG 10 UNITA' USO ORALE	35	126,8	350	0,362	82,12	-44,68	-59,73
C10AA01	28	18,67	SIMVASTATINA 20MG 28 UNITA' USO ORALE	32034	210457,33	896952	0,235	210457,33		
C10AA01	10	13,33	SIMVASTATINA 40MG 10 UNITA' USO ORALE	4	28,92	40	0,723	14,04	-14,88	-19,9
C10AA01	28	37,33	SIMVASTATINA 40MG 28 UNITA' USO ORALE	3626	35626,65	101528	0,351	35626,65		
C10AA03	10	6,67	PRAVASTATINA 20MG 10 UNITA' USO ORALE	1708	4531,03	17080	0,265	1945,9	-2585,13	-3456,31
C10AA03	28	18,66	PRAVASTATINA 20MG 28 UNITA' USO ORALE	1888	6022,72	52864	0,114	6022,72		
C10AA03	14	18,67	PRAVASTATINA 40MG 14 UNITA' USO ORALE	3155	20994	44170	0,475	15333,3	-5660,7	-7568,34
C10AA03	28	37,33	PRAVASTATINA 40MG 28 UNITA' USO ORALE	1527	14842,44	42756	0,347	14842,44		
C10AA05	10	5	ATORVASTATINA 10MG 10 UNITA' USO ORALE	51	154,14	510	0,302	59,24	-94,89	-126,87
C10AA05	30	15	ATORVASTATINA 10MG 30 UNITA' USO ORALE	35599	198446,52	1067970	0,186	124062,52	-74384	-99451,14
C10AA05	60	30	ATORVASTATINA 10MG 60 UNITA' USO ORALE	1	6,97	60	0,116	6,97		
C10AA05	10	10	ATORVASTATINA 20MG 10 UNITA' USO ORALE	43	222,54	430	0,518	91,38	-131,16	-175,37
C10AA05	30	30	ATORVASTATINA 20MG 30 UNITA' USO ORALE	54281	516389,96	1628430	0,317	346041,38	-170348,59	-227755,43
C10AA05	60	60	ATORVASTATINA 20MG 60 UNITA' USO ORALE	13	165,75	780	0,212	165,75		
C10AA05	30	60	ATORVASTATINA 40MG 30 UNITA' USO ORALE	14469	163785,45	434070	0,377	110687,85	-53097,6	-70991,3
C10AA05	60	120	ATORVASTATINA 40MG 60 UNITA' USO ORALE	7	107,1	420	0,255	107,1		
C10AA05										
C10AA05	30	120	ATORVASTATINA 80MG 30 UNITA' USO ORALE	1886	28191,36	56580	0,498	28191,36		
C10AA07										
C10AA07	28	28	ROSUVASTATINA 10MG 28 UNITA' USO ORALE	20714	155927	579992	0,269	155927		
C10AA07										
C10AA07	28	56	ROSUVASTATINA 20MG 28 UNITA' USO ORALE	5169	55673,27	144732	0,385	55673,27		
C10AA07										
C10AA07	28	112	ROSUVASTATINA 40MG 28 UNITA' USO ORALE	432	4803,36	12096	0,397	4803,36		
C10AA07										
C10AA07	28	14	ROSUVASTATINA 5MG 28 UNITA' USO ORALE	23726	147192,1	664328	0,222	147192,1		
C10AX06	20	5	OMEGA POLIENOICI 1.000MG 20 UNITA' USO ORALE	41652	481364,36	833040	0,578	359873,28	-121491,08	-162433,13
C10AX06	30	7,5	OMEGA POLIENOICI 1.000MG 30 UNITA' USO ORALE	13709	177668,64	411270	0,432	177668,64		
C10AX09	30	30	EZETIMIBE 10MG 30 UNITA' USO ORALE	23396	515214,8	701880	0,734	371013,77	-144201,03	-192796,25
C10AX09	50	50	EZETIMIBE 10MG 50 UNITA' USO ORALE	345	9118,35	17250	0,529	9118,35		
TOTALE €									-586233,33	-783791,83

Lo stesso ragionamento è effettuato per l'ATC C09. Nel periodo gennaio – settembre 2025 si registra un consumo complessivo di 93.599 unità posologiche prescritte con confezionamento a minor numero di compresse per una spesa lorda pari a 392.912,88 euro. Considerando che le formulazioni a maggior numero di compresse comportano una importante economia, il passaggio integrale a tali confezioni consente un risparmio annuale stimato di **- 189.275,48** euro come meglio descritto in tabella.

ATC	UP	DDD	DESCRIZIONE GENERICO EQUIVALENTE	PEZZI GEN -SET 2025	SPESA LORDA GEN -SET 2025	N°UP CORRISPON DENTI	€ X UP	LORDO RIDETERM.	MINORE SPESA NEL PERIODO GEN -SET '25	MINORE SPESA €/ANNO (PROIEZIONE)
C09AA02	14	28	ENALAPRIL 20MG 14 UNITA' USO ORALE	7528	34697,71	105392	0,329	18104,84	-16592,9	-22184,6
C09AA02	28	56	ENALAPRIL 20MG 28 UNITA' USO ORALE	2128	10235,68	59584	0,172	10235,68		
C09AA03	14	28	LISINAPRIL 20MG 14 UNITA' USO ORALE	4686	24679,04	65604	0,376	12347,61	-12331,4	-16487,1
C09AA03	28	56	LISINAPRIL 20MG 28 UNITA' USO ORALE	902	4753,54	25256	0,188	4753,54		
C09AA03	14	7	LISINAPRIL 5MG 14 UNITA' USO ORALE	2411	9187,57	33754	0,272	4070,71	-5116,86	-6841,22
C09AA03	28	14	LISINAPRIL 5MG 28 UNITA' USO ORALE	370	1249,41	10360	0,121	1249,41		
C09AA05	14	28	RAMIPRIL 5MG 14 UNITA' USO ORALE	34707	111156	485898	0,229	56921,5	-54234,5	-72511,3
C09AA05	28	56	RAMIPRIL 5MG 28 UNITA' USO ORALE	11177	36661,86	312956	0,117	36661,86		
C09BA02	14	14	ENALAPRIL+IDROCLOROTIAZIDE 20+12,5MG 14 UNITA' USO ORALE	3869	24498,59	54166	0,452	13947,75	-10550,8	-14106,4
C09BA02	28	28	ENALAPRIL+IDROCLOROTIAZIDE 20+12,5MG 28 UNITA' USO ORALE	503	3626,63	14084	0,258	3626,63		
C09BA02	14	14	ENALAPRIL+IDROCLOROTIAZIDE 20+6MG 14 UNITA' USO ORALE	238	1759,36	3332	0,528	1759,36		
C09BA03	14	14	LISINAPRIL+IDROCLOROTIAZIDE 20+12,5MG 14 UNITA' USO ORALE	4819	20456,4	67466	0,303	10818,66	-9637,75	-12885,6
C09BA03	28	28	LISINAPRIL+IDROCLOROTIAZIDE 20+12,5MG 28 UNITA' USO ORALE	399	1791,51	11172	0,16	1791,51		
C09BA05	14	14	RAMIPRIL+IDROCLOROTIAZIDE 5+25MG 14 UNITA' USO ORALE	12717	53880,93	178038	0,303	22699,85	-31181,1	-41689
C09BA05	28	28	RAMIPRIL+IDROCLOROTIAZIDE 5+25MG 28 UNITA' USO ORALE	1854	6618,78	51912	0,128	6618,78		
C09BB07	28	28	RAMIPRIL+AMLODIPINA 10MG+10MG 28 UNITA' USO ORALE	1287	13681,89	36036	0,38	12781,11	-900,78	-1204,33
C09BB07	30	30	RAMIPRIL+AMLODIPINA 10MG+10MG 30UNITA' USO ORALE	243	2585,59	7290	0,355	2585,59		
C09BB07	28	28	RAMIPRIL+AMLODIPINA 10MG+5MG 28 UNITA' USO ORALE	2281	19109,86	63868	0,299	18453,58	-656,28	-877,45
C09BB07	30	30	RAMIPRIL+AMLODIPINA 10MG+5MG 30UNITA' USO ORALE	553	4793,4	16590	0,289	4793,4		
C09BB07	28	28	RAMIPRIL+AMLODIPINA 5MG+10MG 28 UNITA' USO ORALE	444	4154,2	12432	0,334	3824,74	-329,46	-440,48
C09BB07	30	30	RAMIPRIL+AMLODIPINA 5MG+10MG 30UNITA' USO ORALE	49	452,25	1470	0,308	452,25		
C09BX03	28	28	RAMIPRIL+AMLODIPINA+IDROCLOROTIAZIDE 10MG+10MG+25 MG 28 UNITA' USO ORALE	63	548,73	1764	0,311	537,43	-11,3	-15,11
C09BX03	30	30	RAMIPRIL+AMLODIPINA+IDROCLOROTIAZIDE 10MG+10MG+25MG 30 UNITA' USO ORALE	6	54,84	180	0,305	54,84		
C09BX03	28	28	RAMIPRIL+AMLODIPINA+IDROCLOROTIAZIDE 10MG+5MG+25 MG 28 UNITA' USO ORALE	139	956,32	3892	0,246	956,32		
C09BX03	28	28	RAMIPRIL+AMLODIPINA+IDROCLOROTIAZIDE 5MG+5MG+12,5 MG 28 UNITA' USO ORALE	107	623,81	2996	0,208	611,18	-12,63	-16,88
C09BX03	30	30	RAMIPRIL+AMLODIPINA+IDROCLOROTIAZIDE 5MG+5MG+12,5MG 30 UNITA' USO ORALE	12	73,44	360	0,204	73,44		
C09BX03	28	28	RAMIPRIL+AMLODIPINA+IDROCLOROTIAZIDE 5MG+5MG+25 MG 28 UNITA' USO ORALE	101	588,83	2828	0,208	576,91	-11,92	-15,93
C09BX03	30	30	RAMIPRIL+AMLODIPINA+IDROCLOROTIAZIDE 5MG+5MG+25MG 30 UNITA' USO ORALE	6	36,72	180	0,204	36,72		
TOTALE €									-141568	-189275

Nella fase di attuazione del Programma Operativo 2026-2028, occorrerà implementare le attività di monitoraggio con riferimento alla categoria terapeutica in osservazione, mediante l'applicazione delle misure volte a garantire l'appropriatezza prescrittiva, ovvero sensibilizzare i medici prescrittori verso un maggior utilizzo di confezionamenti con un maggior numero di compresse a minor costo.

Quali ulteriori misure, volte ad assicurare l'appropriatezza prescrittiva, saranno necessari la digitalizzazione delle schede di trattamento, come declinata l'azione al paragrafo successivo e audit specifici rivolti ad ogni medico prescrittore per le classi terapeutiche individuate per criticità e rischi di inappropriata prescrittiva, secondo i maggiori indicatori di consumo e di spesa aggiornati all'annualità 2025; nello specifico la presente azione si sostanzia, pertanto, nella programmazione di specifici audit per medico prescrittore per ciascuna area terapeutica in osservazione, con cadenza semestrale.

Modalità di verifica e azioni conseguenti

A seguito degli audit farmaceutici, le criticità e i fenomeni di iper-prescrizione saranno condivisi con il Direttore della Medicina di Base, il quale provvederà a convocare i singoli medici prescrittori per un contraddittorio nell'ambito delle Unità di Coordinamento delle Attività Distrettuali.

In sede di verifica semestrale, qualora le anomalie segnalate non adeguatamente giustificate, ai medici interessati sarà attribuita l'intera somma delle prescrizioni non conformi.

L'audit si articolerà nelle seguenti fasi:

1. Analisi dei dati prescrittivi tramite i flussi informativi aziendali;
2. Elaborazione di indicatori di appropriatezza, con confronto rispetto a linee guida e benchmark di riferimento;
3. Restituzione dei risultati ai medici prescrittori;
4. Discussione condivisa delle eventuali criticità;
5. Definizione di azioni di miglioramento e successivo monitoraggio.

Gli ambiti di analisi saranno individuati annualmente sulla base dei dati epidemiologici e di spesa (es. antibiotici, PPI, benzodiazepine, politerapia nell'anziano).

L'audit rappresenta uno strumento di governo clinico e miglioramento continuo, fondato sul confronto professionale tra pari.

Digitalizzazione scheda di trattamento

Al fine di rendere maggiormente efficace la misura relativa all'utilizzo delle schede di trattamento da parte dei MMG e dei PLS, la presente azione prevede la digitalizzazione delle schede cartacee sia per quelle in vigore che per quelle di nuova introduzione.

Il processo di digitalizzazione delle schede di trattamento avverrà attraverso un sistema di gestione documentale in attesa dell'implementazione della piattaforma centralizzata di gestione di tutte le prescrizioni sanitarie dei MMG (di cui all'Azione 4.7.1.1 Implementazione di un sistema centralizzato per la gestione delle prescrizioni mediche da parte dei medici di base della Regione Molise), con l'obiettivo di ottimizzare l'uso delle risorse sanitarie, migliorando l'appropriatezza e quindi l'efficacia delle terapie.

Questo approccio assicura un controllo più rigoroso, un'assistenza più sicura e una gestione sanitaria più efficiente, ponendo al centro del quadro assistenziale il paziente mediante la garanzia di un più rapido accesso alle cure.

Con la digitalizzazione delle schede non sarà possibile prescrivere un trattamento inappropriato perché il percorso prevede il blocco qualora non vi siano le condizioni di eleggibilità.

Metodo valutativo dei Medici di Medicina Generale (MMG)

Uno degli obiettivi della Regione Molise, a partire dall'anno 2012, è quello di raggiungere livelli di spesa convenzionata in linea con le Regioni di Italia più virtuose; per il raggiungimento di detto traguardo è necessario consolidare i risultati di riduzione dei fenomeni di iper-prescrizione e implementare la corretta utilizzazione dei farmaci a brevetto scaduto/equivalenti appartenenti alle classi/categorie terapeutiche ad alto valore economico definito da AIFA, in ottemperanza all'art. 11 comma 7b del decreto-legge n. 78/2010 convertito nella legge 122/2010, operazioni che consentono la riduzione della spesa.

L'intervento mira ad efficientare il processo di valutazione e di monitoraggio dei comportamenti prescrittivi dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta, con riferimento ai "consumi di base".

Attraverso l'operato della Commissione Appropriata Prescrittiva regionale (CAP), istituita e costituita con il Decreto del Commissario ad Acta n. 13 del 5 marzo 2015, sono state già poste in essere misure volte a garantire l'efficacia e l'efficienza degli interventi di razionalizzazione dei consumi e della spesa farmaceutica.

Tra queste misure, rientrano le schede di monitoraggio per le Eparine a Basso Peso Molecolare (BPM), introdotte con la DDGS n. 77 del 30 settembre 2019 e, per gli Inibitori di pompa protonica e Statine, le schede introdotte con DDGS n. 69 del 27 aprile 2022.

Il metodo valutativo attiene, pertanto, alle categorie di farmaci anzi detti come “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.

Come già descritto nell’ambito del paragrafo relativo all’assistenza territoriale e nel paragrafo relativo all’assistenza specialistica, La Regione Molise intende inoltre procedere all’implementazione di un software unico e centralizzato per la gestione delle prescrizioni mediche da parte dei medici di base al fine di ottimizzare i processi prescrittivi, garantire la sicurezza dei dati e migliorare l’efficienza operativa del sistema sanitario regionale, creando una piattaforma integrata che risponda in maniera efficace alle esigenze dei professionisti e dei pazienti.

Grazie alla centralizzazione e all’automazione dei processi, si ridurranno i tempi necessari per la gestione delle prescrizioni, aumentando l’efficienza operativa dei medici di base. Inoltre, un sistema ben progettato ridurrà il rischio di errori nella prescrizione dei farmaci, migliorando la qualità del servizio sanitario e contribuendo alla sicurezza dei pazienti.

Infine, il software includerà funzionalità di monitoraggio e analisi dei dati prescrittivi. Questo permetterà di raccogliere e analizzare informazioni dettagliate sulle prescrizioni mediche a livello regionale, favorendo una visione globale delle tendenze e dell’utilizzo delle risorse. L’obiettivo è ottimizzare la gestione delle risorse sanitarie e favorire politiche sanitarie più mirate e informate. In merito si rimanda inoltre a quanto riportato nel paragrafo 4.7 “Assistenza Specialistica”.

Impatto economico

In merito all’impatto economico, si rimanda all’apposito paragrafo “tendenziali e programmatici” contenente i razionali di calcolo.

9.1.1 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 A e C al valore medio nazionale

Azione 9.1.2.1 Monitoraggio trimestrale costo medio DDD per ATC A e C

Indicatore 9.1.2.1 Report trimestrale

Obiettivo 9.1.3 Allineamento del costo medio DDD per categoria terapeutica IV livello ATC A e C al valore medio nazionale **Azione 9.1.3.1** Maggior utilizzo di confezionamenti con un maggior numero di compresse a minor costo

Indicatore 9.1.3.1 Report trimestrale

Obiettivo 9.1.4. Riallineamento dei consumi DDD e della spesa pro capite ai valori medi nazionali per i farmaci correlati ai disturbi dell’acidità e per le sostanze modificatrici dei lipidi

Azione 9.1.4.1 Linee guida relative al sistema di controllo con i clinici nelle specifiche aree oggetto di attenzione (Audit)

Indicatore 9.1.4.1 DCA

Obiettivo 9.1.5 Appropriately prescrittiva: 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

Azione 9.1.5.2 Digitalizzazione della terapia: introduzione scheda di trattamento informatizzata

Indicatore 9.1.5.2 DCA

Obiettivo 9.1.6 Allineamento dei medici iperprescrittori alla spesa pro capite media regionale

Azione 9.1.6.1 Adozione di linee di indirizzo volte alla prescrizione del principio attivo a minor costo per categoria terapeutica

Indicatore 9.1.6.1 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	30/09/2026	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 ATCA e C al valore medio nazionale	9.1.2.1 Monitoraggio trimestrale costo medio DDD per ATCA e C	30/09/2026	Report trimestrale	Scostamento percentuale del costo medio DDD dai valori medi nazionali		
9.1.3 Allineamento del costo medio DDD per categoria terapeutica IV livello ATCA e C al valore medio nazionale	9.1.3. Maggior utilizzo di confezionamenti con un maggior numero di compresse a minor costo	30/09/2026	Linee guida	Si/no		
9.1.4. Riallineamento dei consumi DDD e della spesa pro capite ai valori medi nazionali per i farmaci correlati ai disturbi dell'acidità e per le sostanze modificatrici dei lipidi	9.1.4.1 Linee guida relative al sistema di controllo con i clinici nelle specifiche aree oggetto di attenzione (Audit)	30/06/2026	DCA	Si/no		
9.1.5 Appropriata prescrizione: 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	30/06/2026	Report semestrale	Audit con i MMG e PLS iperprescrittori a cura dei Distretti Sanitari		
	9.1.5.2 Digitalizzazione della terapia: introduzione scheda di trattamento informatizzata	30/06/2026	DCA	Si/no		
9.1.6 Allineamento dei medici iperprescrittori alla spesa pro capite media regionale	9.1.6.1 Adozione/aggiornamento di linee di indirizzo volte alla prescrizione del principio attivo a minor costo per categoria terapeutica	30/06/2026	DCA	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute Servizio Politiche del Farmaco 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 il DCA 189/2024 l'accordo è stato ulteriormente prorogato al 31/12/2025, confermando criteri e quantificazione degli oneri di distribuzione del servizio a cura delle farmacie aderenti a Federfarma.

La procedura di rinnovo dell'accordo prevede la revisione degli oneri di distribuzione relativi al servizio ed una valutazione circa l'inserimento nel canale della Distribuzione Per Conto (DPC) di farmaci erogati nel regime della convenzionata, in esito al confronto in sede di coordinamento interregionale della farmaceutica.

Gli effetti scaturenti dal rinnovo del nuovo accordo saranno riscontrabili a seguito dell'aggiornamento dei dati a partire dall'anno 2026, a cura dell'ufficio OsMed dell'AIFA.

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 effettivi fabbisogni e semplificare i processi di acquisto.

Si rende necessario per la Regione un più efficiente 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 della CUC a tutte le procedure di gara per l'intero fabbisogno di farmaci. Si evidenzia che, allo stato, la struttura aziendale elabora il fabbisogno farmaci su base annuale con proiezione biennale.

Potenziamento dell'utilizzo del farmaco “biosimilare”

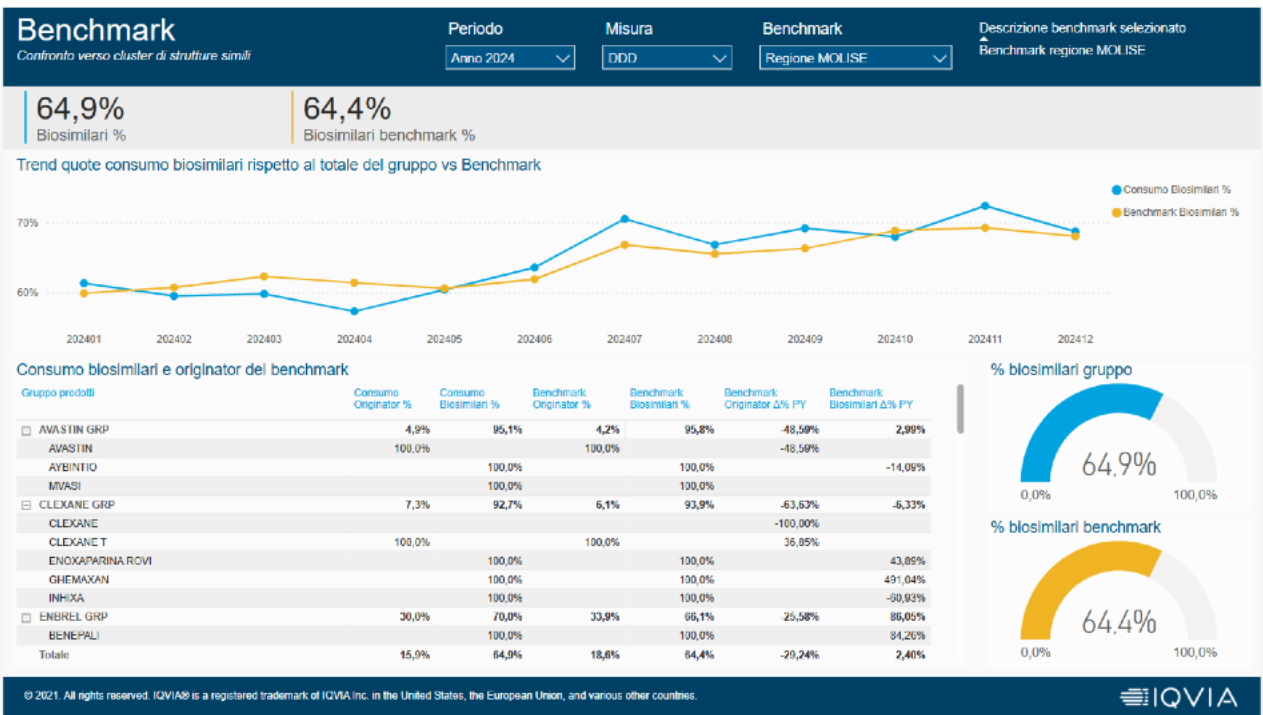
I farmaci biologici rappresentano una risorsa terapeutica essenziale per il trattamento di una varietà di malattie gravi e debilitanti, per molte delle quali non erano in passato disponibili opzioni terapeutiche efficaci. Per motivi di sviluppo e produzione del farmaco, questi medicinali sono gravati da costi particolarmente onerosi per il SSN, per il quale la corretta allocazione delle risorse terapeutiche ed economiche rappresenta una sfida costante.

In questo scenario i medicinali biosimilari possono svolgere un ruolo nodale offrendo l'opportunità di garantire l'accesso ai farmaci biologici per tutti i pazienti che ne necessitano e contribuendo, nel contempo, alla sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari e alla governance della spesa farmaceutica. La commercializzazione dei farmaci biosimilari può contribuire a migliorare l'accesso ai farmaci innescando meccanismi di competitività dei mercati e favorendo la riduzione dei prezzi e i risparmi generati dall'utilizzo dei biosimilari possono contribuire al finanziamento della spesa per i nuovi farmaci, anche biotecnologici, rendendo sempre più accessibile l'innovazione terapeutica.

Come riportato nel “Secondo Position Paper sui farmaci biosimilari”, AIFA considera tali farmaci biologici e biotecnologici alla stregua dei corrispondenti farmaci di riferimento, ma non automaticamente sostituibili, bensì intercambiabili secondo le indicazioni dei clinici prescrittori.

A partire dal 2020 il gruppo dei Rapporti dell’Osservatorio Nazionale sull’impiego dei Medicinali (“OsMed”) dell’AIFA si è arricchito di pubblicazioni dedicate a tematiche specifiche di particolare interesse per la sanità pubblica. “L’uso dei Farmaci in Italia” rappresenta il principale strumento di monitoraggio dei consumi e della spesa dei medicinali sul territorio nazionale e costituisce, al contempo, un’opportunità di confronto e di valutazione delle politiche farmaceutiche oltre che uno strumento per l’identificazione dei futuri ambiti di intervento. Consente, inoltre, di valutare i pattern prescrittivi e di intercettare cambiamenti di salute della popolazione tramite l’assistenza farmaceutica fornita dal SSN. In questo contesto, il biosimilare rappresenta un’indiscussa opportunità di governance della spesa farmaceutica e l’analisi della variabilità regionale è di fondamentale importanza per comprenderne l’andamento nazionale in termini di consumo e spesa.

L’analisi dei dati di consumo dei biosimilari riferiti alla Regione Molise nell’anno 2024 mostra un trend superiore alla media nazionale (64,9% vs 64,4%).



Fonte dati: IQVIA

Pur considerando che la scelta di trattamento rimane una decisione clinica affidata al medico prescrittore, a quest’ultimo è anche affidato il compito di contribuire a un utilizzo appropriato delle risorse ai fini della sostenibilità del sistema sanitario e alla corretta informazione del paziente sull’uso dei biosimilari.

Al fine di incrementare l’utilizzo dei farmaci biologici con brevetto scaduto a minor costo, come precedentemente descritto, nella Regione Molise viene redatta la Scheda di prescrizione farmaco biologico/biosimilare a maggior costo – terapia, introdotta con DCA n.12/24, che costituisce lo strumento mediante il quale il medico prescrittore dovrà indicare le documentate ragioni di carattere clinico sottese alla necessità di utilizzare il farmaco a maggior costo – terapia ovvero segnalare una sospetta reazione avversa. Tale scheda ha la finalità di sollecitare una maggiore ponderazione nella prescrizione del farmaco più costoso e una più capillare valutazione degli effetti prodotti dall’utilizzo di tali farmaci.

Con il DCA 12/2024 sono state introdotte importanti indicazioni di governo della spesa demandando ai clinici la scelta del farmaco biologico a minor costo e l’obbligo di motivare l’utilizzo del biologico a maggior costo. Non è quantificabile a priori l’importo complessivo del risparmio atteso trattandosi di farmaci che nel tempo subiscono rinegoziazioni di prezzo ed in considerazione anche di nuove specialità immesse in commercio; pertanto il governo della spesa è

dinamico. A titolo di esempio si riporta l'utilizzo del DUPIXENT Vs ADTRALZA nell'indicazione di Dermatite atopica in adolescenti ed adulti.

L'attuale indicazione riconosciuta rimborsabile da AIFA prevede l'utilizzo per il "trattamento della dermatite atopica da moderata a severa in pazienti adulti e adolescenti di età pari e superiore ai 12 anni che sono candidati alla terapia sistemica". La stessa indicazione è prevista dalla specialità medicinale DUPIXENT.

Se al posto di DUPIXENT fossero state dispensate 228 fiale di ADTRALZA si produrrebbe un risparmio di € 41.408,00 in soli nove mesi.

Si illustra di seguito un breve riassunto dei costi sostenuti da ASReM in nove mesi e il risparmio atteso qualora la scelta del clinico fosse orientata verso un farmaco a minor costo terapia a parità di indicazioni

SPECIALITA'	N. PEZZI GEN -SET. 2025	SPESA GEN -SET. 2025	PREZZO GARA A CONFEZIONE COMPRESO DI IVA	RISPARMIO ATTESO
DUPIXENT*300MG 2PEN 2ML	228	€ 180.540,00	€ 791,84	
ADTRALZA*SC 4 SIR 150 MG 1 ML	208	€ 139.131,00	€ 668,90	
Δ ADTRALZA/DUPIXENT				€ 41.408,00

Fonte Dati: Farmastat e AREAS

La tabella esprime sinteticamente il risparmio ottenuto per ogni paziente in dodici mesi di trattamento utilizzando, la specialità ADTRALZA nella medesima indicazione riconosciuta alla specialità DUPIXENT.

Impatto economico

In merito all'impatto economico, si rimanda all'apposito paragrafo "tendenziali e programmatici" contenente i razionali di calcolo.

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.

Regione	A FSN ¹ Gen-set 2025	B*0,20% Tetto 0,20%	C Spesa tracciabilità ^m (SOLO classe A e H - Colonne B e C Tab.11.1)	D Payback ^v	E=C-D Spesa Acquisti diretti [§]	H=E/Pop pesata 2025 Spesa Pro capite	F=E-B Scost. assoluto	G=E/A% Inc %	Anno 2024 Inc. % spesa su FSR 2024
CALABRIA	3.215.658.752	6.431.318	10.054.168	0	10.054.168	5,6	3.622.851	0,31	0,32
BASILICATA	926.830.431	1.853.661	2.719.714	0	2.719.714	5,0	866.053	0,29	0,27
SICILIA	8.163.329.479	16.326.659	22.185.163	0	22.185.163	4,8	5.858.504	0,27	0,28
MOUSE	516.905.845	1.033.812	1.279.688	0	1.279.688	4,3	245.877	0,25	0,31
ABRUZZO	2.205.148.824	4.410.298	5.339.210	0	5.339.210	4,1	928.913	0,24	0,25
V. D'AOSTA	213.281.792	426.564	470.796	0	470.796	3,7	44.232	0,22	0,23
PUGLIA	6.703.156.056	13.406.312	13.829.242	0	13.829.242	3,6	422.930	0,21	0,21
PIEMONTE	7.424.148.845	14.848.298	15.014.290	0	15.014.290	3,4	165.992	0,20	0,22
LAZIO	9.751.867.853	19.503.736	19.486.968	0	19.486.968	3,4	-16.768	0,20	0,19
E. ROMAGNA	7.698.309.050	15.396.618	14.282.566	0	14.282.566	3,2	-1.114.052	0,19	0,19
SARDEGNA	2.701.265.789	5.402.532	4.898.850	0	4.898.850	3,0	-503.681	0,18	0,20
CAMPANIA	9.464.665.892	18.929.332	16.503.292	0	16.503.292	3,2	-2.426.039	0,17	0,18
LOMBARDIA	17.141.489.904	34.282.980	28.632.892	0	28.632.892	2,9	-5.650.088	0,17	0,15
UMBRIA	1.505.937.251	3.011.875	2.408.983	0	2.408.983	2,7	-602.891	0,16	0,16
TOSCANA	6.401.164.460	12.802.329	9.438.129	0	9.438.129	2,5	-3.364.200	0,15	0,13
MARCHE	2.577.707.803	5.155.416	3.706.693	0	3.706.693	2,4	-1.448.723	0,14	0,14
FRIULI V.G.	2.041.731.995	4.083.464	2.477.460	0	2.477.460	2,0	-1.606.004	0,12	0,13
LIGURIA	2.727.793.656	5.455.587	2.747.104	0	2.747.104	1,7	-2.708.484	0,10	0,10
VENETO	8.354.145.129	16.708.290	7.429.742	0	7.429.742	1,5	-9.278.548	0,09	0,09
P.A. BOLZANO	872.877.846	1.745.756	511.296	0	511.296	1,0	-1.234.460	0,06	0,07
P.A. TRENTO	908.199.675	1.816.399	389.139	0	389.139	0,7	-1.427.261	0,04	0,04
ITALIA	101.515.616.326	203.031.233	183.805.384	0	183.805.384	3,1	-19.225.848	0,18	0,18

¹ In rosso le Regioni che non rispettano il tetto di spesa.

² Fsn 2025 provvisorio comunicato dal Ministero della Salute il 27/06/2025

³ 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.

⁴ Payback a carico delle Aziende Farmaceutiche.

Sono state intensificate le azioni di monitoraggio del consumo di ossigeno che hanno prodotto un risparmio di € 266.862, passando da un'incidenza in percentuale pari a 0,31% a 0,25% nel periodo gennaio – settembre 2025.

La presente azione prevede l'attivazione dei sistemi di monitoraggio dell'utilizzo dell'ossigeno liquido per ogni presidio e reparto ospedaliero, al fine individuare le criticità connesse al maggior consumo/costo di ossigeno ed efficientare le procedure d'acquisto attraverso l'adesione da parte della CUC alle procedure di gara da espletarsi da parte di altre Regioni per l'intero fabbisogno.

L'appropriatezza prescrittiva per l'ossigeno liquido dispensato sul territorio è garantita dalla registrazione dei piani terapeutici presso il Servizio farmaceutico territorialmente competente. L'efficientamento della procedura viene assicurata mediante l'intervento di digitalizzazione dei piani terapeutici, applicando la stessa azione prevista per l'introduzione della scheda di trattamento informatizzata, di cui all'azione rubricata "Digitalizzazione della terapia: introduzione scheda di trattamento informatizzata".

Inoltre, viene garantito il consolidamento del controllo delle consegne a domicilio attraverso il ricorso alla piattaforma "Airweb", dove vengono registrati per ogni assistito il piano terapeutico e tutte le dispensazioni effettuate, in modo da poter rilevare eventuali scostamenti.

Nelle prestazioni di ossigenoterapia domiciliare a lungo termine (OLT) l'attuale utilizzo delle bombole di ossigeno liquido sarà integrato con i dispositivi concentratori di ossigeno (portatili o fissi) che, in specifiche e compatibili condizioni cliniche, permettono al paziente un miglioramento della qualità della vita e, contestualmente, un vantaggio economico per il SSR.

Difatti, l'ossigeno liquido viene venduto a metro cubo/confezione e il concentratore ha un costo fisso: nel dettaglio, l'utilizzo del concentratore, considerati gli attuali prezzi, sarebbe preferibile all'ossigeno liquido nei casi in cui la prescrizione di ossigeno è superiore ai 130m³/mese, tenuto conto che la scelta terapeutica resta una prerogativa del medico prescrittore in considerazione delle condizioni cliniche del paziente.

Pertanto, l'approvvigionamento del concentratore di ossigeno mediante procedure opportunamente individuate, andrà a determinare un beneficio in termini di spesa senza peraltro avere ripercussioni per la salute del paziente ed anzi migliorando in maniera significativa la sua qualità di vita.

Al fine di garantire un utilizzo appropriato dell'ossigeno, anche nei casi di necessità della dispensazione della doppia bombola, essenziale per i pazienti residenti in abitazioni a due piani, l'acquisizione di ulteriore documentazione a supporto (planimetria dei locali di domicilio/residenza) confermerebbe l'effettiva necessità del doppio servizio, a favore

di un miglioramento della qualità della vita del paziente.

In merito alle procedure di controllo, si segnala che è in fase di pubblicazione la nuova procedura di gara, nel cui capitolato avrà parte rilevante il sistema di controllo della filiera e, nello specifico: rispetto dei piani terapeutici, controllo alla consegna e al ritiro delle bombole.

Parallelamente, la fascia di pazienti con i requisiti clinici specifici verrà provvista dei dispositivi concentratori d'ossigeno.

9.2.1 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 mediante processi di centralizzazione degli acquisti diretti.

Implementazione/ottimizzazione procedure di acquisto

Azione 9.2.2.1 Redazione/aggiornamento da parte dell'ASReM del "fabbisogno farmaci annuale con proiezione biennale", con previsione nel biennio della copertura dell'intero fabbisogno farmaci

Indicatore 9.2.2.1 Redazione fabbisogno completo biennale

Azione 9.2.2.2 Valutazione e monitoraggio delle gare di acquisto

Indicatore 9.2.2.2 Relazione redatta dall'ASReM

Obiettivo 9.2.3 Potenziamento dell'utilizzo del farmaco "biosimilare"

Azione 9.2.3.1 Monitoraggio dei consumi dei farmaci biosimilari e originator

Indicatore 9.2.3.1 Report

Azione 9.2.3.2 Aggiornamento Linee d'Indirizzo sull'utilizzo di farmaci biosimilari

Indicatore 9.2.3.2 DCA

Obiettivo 9.2.4 Razionalizzazione della spesa per gas medicale

Azione 9.2.4.1 Attivazione di sistemi/dispositivi di monitoraggio dell'utilizzo dell'ossigeno liquido per singolo presidio e reparto ospedaliero

Indicatore 9.2.4.1 DCA

Azione 9.2.4.2 Digitalizzazione dei piani terapeutici per gas medicali

Indicatore 9.2.4.2 DCA

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)	31/12/2026	Report ASReM	Riduzione spesa pro capite del 20% e confronto con la media nazionale		
		31/12/2027	Report ASReM	Allineamento spesa pro-capite alla media nazionale		
		31/12/2028	Report ASReM	Allineamento spesa pro-capite alla media nazionale		
	9.2.1.1 Audit con i clinici nelle specifiche aree oggetto di attenzione	31/12/2026 31/12/2027 31/12/2028	Report	Numero di audit		
9.2.2 Centralizzazione degli acquisti	9.2.2.1 Redazione/aggiornamento da parte dell'ASReM del "fabbisogno farmaci annuale con proiezione biennale", con previsione nel biennio della copertura dell'intero fabbisogno farmaci	31/12/2026 31/12/2027 31/12/2028	Redazione fabbisogno biennale	Si/no		
	9.2.2.2 Monitoraggio delle gare di acquisto	31/12/2026	Report semestrale ASReM	(copertura a mezzo gare del 100% del fabbisogno ASREM)		
9.2.3 Potenziamento dell'utilizzo del farmaco "biosimilare"	9.2.3.1 Aggiornamento delle Linee d'Indirizzo sull'utilizzo di farmaci biosimilari	30/06/2026	DCA	Si/no		
	9.2.3.2 Monitoraggio penetrazione del biosimilare nella pratica clinica	31/12/2026	Report semestrale ASReM	Si/no		
9.2.4 Razionalizzazione della spesa per gas medicale	9.2.4.1 Attivazione di sistemi/dispositivi di monitoraggio dell'utilizzo dell'ossigeno liquido per singolo presidio e reparto ospedaliero	30/06/2026	DCA	si/no		
	9.2.4.2 Digitalizzazione dei piani terapeutici per gas medicali	30/06/2026	DCA	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute Servizio Politiche del Farmaco 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 2024, la spesa per dispositivi medici in Molise è stata pari a € 32.767.027,18 (consumi ASReM) con un'incidenza sul Fondo Sanitario Regionale (€ 666.060.378, fonte Monitoraggio AIFA gennaio-dicembre 2024), pari al 4,92 %.

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.

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 (AIDM) 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).

Impatto economico

In merito all'impatto economico, si rimanda all'apposito paragrafo "tendenziali e programmatici" contenente i razionali di calcolo.

9.3.1 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 degli acquisti dei dispositivi medici
Indicatore 9.3.1.2 Report semestrale ASReM

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	9.3.1.1 Istituzione della Commissione tecnica regionale sui dispositivi medici	31/03/2026	DCA	Si/no		

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatori di Performance	Impatto Economico	Indicatori NSG
<i>valori soglia stabiliti dalla normativa statale</i>	9.3.1.2 Monitoraggio degli acquisti dei dispositivi medici	30/06/2026	Report semestrale ASReM			
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute Servizio Politiche del Farmaco UOC – Governance del Farmaco ASReM						

10 Governance del Personale

Nel triennio di programmazione 2023-2025, le politiche in tema di personale sono state 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.

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.

Con riferimento alle procedure concorsuali sinora attivate dall'ASReM continuano ad emergere 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.

Nel Triennio 2026-2028 la Struttura commissariale continuerà ad affrontare le problematiche legate alla carenza di personale, con un focus rinnovato sulla riorganizzazione e ottimizzazione delle risorse umane, perseguendo l'obiettivo di garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in modo tempestivo ed efficiente.

10.1 Piani triennali di fabbisogno

La Struttura Commissariale con DCA 21 del 14 settembre 2023, ha approvato il Piano Assunzionale del personale A.S.Re.M. 2021/2023, in conformità con quanto disposto dalla Deliberazione del Direttore Generale A.S.Re.M. n. 1087/2021. Inoltre, ha approvato il Piano assunzionale A.S.Re.M. 2022/2024, come stabilito dalla Deliberazione del Direttore Generale A.S.Re.M. n. 97/2023.

Con DCA n. 140 del 9 settembre 2025 è stato approvato il Piano Assunzionale per il Triennio 2024-2026.

La Struttura Commissariale, nel triennio 2026-2028 procederà con l'adozione del piano triennale di fabbisogno di personale mediante la metodologia Agenas (approvata con il Decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, del 24 gennaio 2023, previa Intesa in Conferenza Stato Regioni del 21 dicembre 2022) ed il relativo Piano Assunzionale. A tal fine, per consentire l'applicazione della metodologia, verranno fornite ad Agenas le ore lavorate del personale della dirigenza e del comparto dei ruoli e profili professionali presi in considerazione dalla medesima metodologia relative all'anno 2025, la tabella C di programmazione regionale, il flusso delle sale operatorie sempre in relazione all'anno 2025, secondo le modalità e le indicazioni date dalle competenti strutture di Agenas attraverso specifiche riunioni operative.

Il fabbisogno di personale per gli anni 2026-2028 considererà sul piano quantitativo:

- Le assunzioni già effettuate nell'anno precedente (dotazione organica al 31.12.2025);
- Le cessazioni avvenute e quelle programmate nel triennio di riferimento (Turn Over).

Sul piano della qualità e appropriatezza allocativa e organizzativa, si terrà conto:

- delle tipologie di professioni e competenze professionali.
- degli obiettivi stabiliti dalla Regione rispetto al miglioramento dell'offerta sanitaria (con l'assunzione mirata delle diverse figure professionali) e degli atti di programmazione dell'assistenza territoriale ed ospedaliera.

Impatto economico

In merito all'impatto economico, si rimanda all'apposito paragrafo "tendenziali e programmatici"

10.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 10.1.1 Adozione del Piano Triennale del Fabbisogno ASReM 2026-2028 utilizzando la metodologia Agenas

Azione 10.1.1.1 Trasmissione dati ad Agenas e avvio delle attività di definizione del fabbisogno

Indicatore 10.1.1.1 Trasmissione dati ad Agenas

Azione 10.1.1.2 Adozione del Piano Triennale del Fabbisogno ASReM 2026-2028

Indicatore 10.1.1.2 DCA di adozione

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 utilizzando la metodologia Agenas	10.1.1.1 Trasmissione dati ad Agenas e avvio delle attività di definizione del fabbisogno	31/05/2026	Trasmissione dati	Si/No		
	10.1.1.2 Adozione del Piano Triennale del Fabbisogno ASReM 2026-2028	30/08/2026	DCA di adozione	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 2026-2028 in linea con il fabbisogno di personale e mediante un monitoraggio continuo dei processi assunzionali aziendali.

Tra gli interventi promossi si prevede 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.

La Struttura commissariale 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 e l'art.1 c.268 della Legge 234/2021 e ss.mm.ii.

Di seguito si riporta il riepilogo delle assunzioni avvenute al 30.09.2025 mettendo in evidenza la percentuale di completamento delle procedure assunzionali.

TIPOLOGIE PROCEDURE DI RECLUTAMENTO	NUMERO PROCEDURE DI RECLUTAMENTO	N. UNITA' DA ASSUMERE NEL TRIENNIO 2024/2026	N. ASSUNTE AL 30.09.2025	% COMPLETAMENTO PROCEDURE
CONCORSO	87	532	303	57%
STAB/MOBILITA'/CONCORSO	32	584	288	49%

TIPOLOGIE PROCEDURE DI RECLUTAMENTO	NUMERO PROCEDURE DI RECLUTAMENTO	N. UNITA' DA ASSUMERE NEL TRIENNIO 2024/2026	N. UNITA' ASSUNTE AL 30.09.2025	% COMPLETAMENTO PROCEDURE
VERTICALIZZAZIONE	3	57	0	0%
STABILIZZAZIONE	2	88	52	59%
CONCORSO L. 68/99	5	11	3	27%

La Struttura commissariale si pone l'obiettivo di monitorare periodicamente i seguenti aspetti:

- L'attivazione e l'esito delle procedure concorsuali e l'allocazione del personale assunto.
- le cessazioni volontarie e i trasferimenti fuori regione (in particolare prestando attenzione ai profili professionali dimessi/trasferitisi e al lasso di tempo intercorso dall'assunzione), anche al fine di predisporre bandi concorsuali prevedendo che la permanenza in servizio per almeno un quinquennio dall'assunzione determini benefici a vario titolo (quali esemplificativamente il conferimento di incarichi, la partecipazione a corsi di specializzazione e/o master, l'attribuzione di punteggi specifici nelle valutazioni della performance, spostamenti interni nell'ambito del territorio regionale, consoni a situazioni personali, ecc.),
- i profili professionali rispetto ai quali i bandi di concorso sono andati deserti, anche nell'ottica di avviare procedure concorsuali in forma aggregata con le regioni limitrofe ovvero di stipulare accordi per l'utilizzazione di graduatorie di altri enti, analogamente a quanto già effettuato in altri contesti regionali, in maniera tale da provare ad ottimizzare costi, tempi e utilizzo delle risorse richieste per l'espletamento delle procedure.

La valutazione del Fabbisogno di personale è determinata partendo dal monitoraggio del personale in servizio al 31.12.2025, di cui si riporta di seguito il dettaglio.

Ruolo	Tipo Dipendente	Dotazione organica al 31.12.2024	Cessati 2025	Nuovi assunti 2025	Dotazione organica 31.12.2025
Sanitario	Dirigenziale	523	103	113	533
	Non Dirigenziale	1703	67	33	1669
Tecnico	Dirigenziale	2	1	1	2
	Non Dirigenziale	175	24	4	155
Amministrativo	Dirigenziale	12	0	3	15
	Non Dirigenziale	141	17	41	165
Professionale	Dirigenziale	2	1	0	1
	Non Dirigenziale	0	0	0	0
Socio Sanitario	Dirigenziale	0	0	0	0
	Non Dirigenziale	392	28	50	414
Totale		2950	241	245	2954

Si rappresenta, inoltre, il dato delle cessazioni previste nel 2026-2028. Il monitoraggio delle cessazioni programmate, permette di osservare il grado di copertura del Turn Over oltre che a veicolare prontamente le assunzioni di personale nelle Unità operative atte al perseguimento degli obiettivi messi in campo dalla regione.

Per quanto concerne i criteri di stima, si precisa che i conteggi sono stati effettuati prendendo in considerazione la retribuzione contrattuale vigente per ciascuno dei dipendenti di ciascun profilo che effettivamente cessa nell'anno di riferimento. Gli oneri indicati sono quelli previsti dalla normativa erariale, previdenziale e assistenziale.

Tabella di stima risparmio da cessazioni 2026

AREA	QUALIFICA	Unita'	Risparmio competenze 2026	oneri	Irap
Comparto	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	5	59.435,66 €	15.857,44 €	5.052,03 €
	ASSISTENTE SOCIALE	2	13.944,60 €	3.720,42 €	1.185,29 €
	ASSISTENTE TECNICO	1	21.076,29 €	5.623,16 €	1.791,49 €
	AUSILIARIO SPECIALIZZATO	2	3.723,66 €	993,47 €	316,51 €
	COADIUTORE AMMINISTRATIVO	4	38.540,61 €	10.282,64 €	3.275,95 €
	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROF.LE	1	11.360,65 €	3.031,02 €	965,65 €
	COLLABORATORE TECNICO PROF.LE	2	22.872,77 €	6.102,45 €	1.944,19 €
	COMMESSO	1	18.742,40 €	5.000,47 €	1.593,10 €
	FISIOTERAPISTA	1	19.164,62 €	5.113,12 €	1.628,99 €
	INFERMIERE	22	315.214,65 €	84.099,27 €	26.793,25 €
	INFERMIERE GENERICO ESPERTO	1	19.547,48 €	5.215,27 €	1.661,54 €
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	4	40.169,55 €	10.717,24 €	3.414,41 €
	OSTETRICA	2	40.338,71 €	10.762,37 €	3.428,79 €
	TEC. FISIOPAT. CARD. PERF.	1	21.058,56 €	5.618,42 €	1.789,98 €
	TEC.PREV.AMB.LUOG.LAV.	3	63.908,11 €	17.050,68 €	5.432,19 €
	TECN. DI CITOLOGIA	1	16.415,58 €	4.379,68 €	1.395,32 €
	TS LABORATORIO BIOMEDICO	5	65.829,80 €	17.563,39 €	5.595,53 €
	TS RADIOLOGIA MEDICA	3	47.266,68 €	12.610,75 €	4.017,67 €
Comparto Totale		61	838.610,35 €	223.741,24 €	71.281,88 €
Dirig.Medico/Veterinaria	DIRIGENTE MEDICO	24	677.086,23 €	180.646,61 €	57.552,33 €
	DIRIGENTE VETERINARIO	6	161.902,74 €	43.195,65 €	13.761,73 €
Dirig.Medico/Veterinaria Totale		30	838.988,97 €	223.842,26 €	71.314,06 €
Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	1	32.819,19 €	8.756,16 €	2.789,63 €
Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica Totale		1	32.819,19 €	8.756,16 €	2.789,63 €
Dirig.Sanitaria non medica	DIRIGENTE BIOLOGO	1	27.635,29 €	7.373,10 €	2.349,00 €
	DIRIGENTE PSICOLOGO	1	5.527,06 €	1.474,62 €	469,80 €
Dirig.Sanitaria non medica Totale		2	33.162,35 €	8.847,71 €	2.818,80 €
Totale complessivo		94	1.743.580,86 €	465.187,37 €	148.204,37 €

Tabella di stima risparmio da cessazioni 2027

AREA	QUALIFICA	Unità	Risparmio competenze 2027	oneri	Irap
Comparto	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	2	6.281,02 €	1.675,77 €	533,89 €
	ASSISTENTE SOCIALE	3	48.806,08 €	13.021,46 €	4.148,52 €
	ASSISTENTE TECNICO	5	58.622,81 €	15.640,56 €	4.982,94 €
	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROF.LE	1	11.360,65 €	3.031,02 €	965,65 €
	COMMESSO	1	5.615,90 €	1.498,32 €	477,35 €
	FISIOTERAPISTA	1	€ -	€ -	€ -
	INFERMIERE	30	298.809,36 €	79.722,34 €	25.398,80 €
	INFERMIERE GENERICO ESPERTO	2	26.777,57 €	7.144,26 €	2.276,09 €
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	8	88.631,65 €	23.646,92 €	7.533,69 €
	OPERATORE TECNICO	7	96.014,24 €	25.616,60 €	8.161,21 €
	OSTETRICA	1	21.469,57 €	5.728,08 €	1.824,91 €
	TEC. FISIOPAT. CARD. PERF.	2	42.093,43 €	11.230,53 €	3.577,94 €
	TEC. PREV.AMB.LUOG.LAV.	2	18.716,81 €	4.993,65 €	1.590,93 €
	TS AUDIOMETRISTA	2	39.756,26 €	10.606,97 €	3.379,28 €
	TS LABORATORIO BIOMEDICO	4	55.739,91 €	14.871,41 €	4.737,89 €
	TS RADIOLOGIA MEDICA	2	35.050,35 €	9.351,43 €	2.979,28 €
	AUSILIARIO SPECIALIZZATO	4	37.236,55 €	9.934,71 €	3.165,11 €
Comparto Totale		77	890.982,15 €	237.714,04 €	75.733,48 €
Dirig.Medico/Veterinaria	DIRIGENTE VETERINARIO	7	221.618,40 €	59.127,79 €	18.837,56 €
	DIRIGENTE MEDICO	21	674.268,51 €	179.894,84 €	57.312,82 €
Dirig.Medico/Veterinaria Totale		28	895.886,91 €	239.022,63 €	76.150,39 €
Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	1	45.126,39 €	12.039,72 €	3.835,74 €
Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica Totale		1	45.126,39 €	12.039,72 €	3.835,74 €
Dirig.Sanitaria non medica	DIRIGENTE PSICOLOGO	2	77.378,82 €	20.644,67 €	6.577,20 €
Dirig.Sanitaria non medica Totale		2	77.378,82 €	20.644,67 €	6.577,20 €
Totale complessivo		108	1.909.374,27 €	509.421,05 €	162.296,81 €

Tabella di stima risparmio da cessazioni 2028

AREA	QUALIFICA	Unita'	Risparmio competenze 2028	oneri	Irap
Comparto	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	4	44.957,10 €	11.994,55 €	3.821,35 €
	ASSISTENTE SOCIALE	1	25.565,09 €	6.820,77 €	2.173,03 €
	ASSISTENTE TECNICO	2	25.333,65 €	6.759,02 €	2.153,36 €
	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROF.LE	2	20.671,43 €	5.515,14 €	1.757,07 €
	FISIOTERAPISTA	1	23.318,46 €	6.221,37 €	1.982,07 €
	INFERMIERE	36	461.494,77 €	123.126,80 €	39.227,06 €
	INFERMIERE PEDIATRICO	2	28.384,03 €	7.572,86 €	2.412,64 €
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	7	102.409,36 €	27.322,82 €	8.704,80 €
	OPERATORE TECNICO	6	73.700,17 €	19.663,21 €	6.264,51 €
	OSTETRICA	2	35.731,45 €	9.533,15 €	3.037,17 €
	TEC.PREVENZIONE	2	11.666,84 €	3.112,71 €	991,68 €
	TS AUDIOMETRISTA	1	18.760,67 €	5.005,35 €	1.594,66 €
	TS LABORATORIO BIOMEDICO	4	35.058,09 €	9.353,50 €	2.979,94 €
	TS RADIOLOGIA MEDICA	2	18.823,85 €	5.022,20 €	1.600,03 €
	AUSILIARIO SPECIALIZZATO	4	20.510,50 €	5.472,20 €	1.743,39 €
Comparto Totale		76	946.385,46 €	252.495,64 €	80.442,76 €
Dirig.Medico/Veterinaria	DIRIGENTE MEDICO	24	782.306,90 €	208.719,48 €	66.496,09 €
	DIRIGENTE VETERINARIO	6	116.903,37 €	31.189,82 €	9.936,79 €
Dirig.Medico/Veterinaria Totale		30	899.210,27 €	239.909,30 €	76.432,87 €
Dirig.Sanitaria non medica	DIRIGENTE PSICOLOGO	1	70.608,63 €	18.838,38 €	6.001,73 €
Dirig.Sanitaria non medica Totale		1	70.608,63 €	18.838,38 €	6.001,73 €
Totale complessivo		107	1.916.204,36 €	511.243,32 €	162.877,37 €

La definizione dei piani assunzionali non può prescindere dal rispetto della normativa inerente il rispetto del tetto di spesa per il personale come disciplinato dall'art. 2 della legge 23 dicembre 2009 n. 191 e successivamente modificato dall'articolo 11 del DI 30 aprile 2019, n.35 e dell'art 5 del DI 7 giugno 2024 n.73.

In questo senso si riporta nella seguente tabella, la stima del tetto di spesa per il personale applicabile alla Regione Molise, in quanto più vantaggioso, partendo dal riferimento del costo del personale per l'anno 2004 ridotto dell'1,4%.

Tetto di spesa 2004 – 1,4 % (DCA n. 4/2010)
201.000.000

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 2024-2026

Azione 10.2.1.1 Monitoraggio dello stato di avanzamento delle procedure concorsuali in itinere secondo il Piano assunzionale 2024-2026

Indicatore 10.2.1.1 Report

Azione 10.2.1.2 Conclusione delle procedure concorsuali previste secondo il Piano assunzionale 2024-2026

Indicatore 10.2.1.2 Report

Obiettivo 10.2.2 Attività di monitoraggio

Azione 10.2.2.1 Mappatura dell'allocazione e delle funzioni del personale, delle cessazioni volontarie/trasferimenti e delle procedure concorsuali andate deserte

Indicatore 10.2.2.1 Report

Obiettivo 10.2.3 Completamento dell'iter delle procedure assunzionali in linea con il Piano Assunzionale 2026-2028

Azione 10.2.3.1 Adozione del Piano Assunzionale 2026-2028, sulla base del Piano triennale dei fabbisogni di personale 2026-2028

Indicatore 10.2.3.1 DCA di adozione

Azione 10.2.3.2 Monitoraggio dello stato di avanzamento delle procedure concorsuali secondo il Piano assunzionale 2026-2028

Indicatore 10.2.3.2 Report

Azione 10.2.3.3 Conclusione delle procedure concorsuali previste secondo il Piano assunzionale 2026-2028

Indicatore 10.2.3.3 Report

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 2024-2026	10.2.1.1 Monitoraggio dello stato di avanzamento delle procedure concorsuali in itinere secondo il Piano assunzionale 2024-2026	31/03/2026	Report	Si/no		
	10.2.1.1 Conclusione delle procedure concorsuali previste secondo il Piano assunzionale 2024-2026	31/12/2026	Report finale	Si/No		
10.2.2 Attività di monitoraggio	10.2.2.1 Mappatura dell'allocazione e delle funzioni del personale, delle cessazioni volontarie/trasferimenti e delle procedure concorsuali andate deserte	Ogni anno a partire dal 31/03/2026	Report	Si/No		
10.2.3 Completamento dell'iter delle procedure assunzionali in linea con il Piano Assunzionale 2026-2028	10.2.3.1 Adozione del Piano Assunzionale 2026-2028, sulla base del Piano triennale dei fabbisogni di personale 2026-2028	30/09/2026	DCA di adozione	Si/No		
	10.2.3.2 Monitoraggio dello stato di avanzamento delle procedure concorsuali secondo il Piano assunzionale 2026-2028	31/03/2027 31/03/2028	Report	Si/No		
	10.2.3.3 Conclusione delle procedure concorsuali previste secondo il Piano assunzionale 2026-2028	31/12/2028	Report	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.

In ordine alla verifica adempimenti la Struttura Commissariale si è adoperata fin dal suo insediamento alla risoluzione delle criticità legate agli adempimenti, riuscendo a chiudere nel corso del 2023 gli adempimenti degli anni 2015-2016, e ottenendo il conseguente sblocco delle premialità pari a circa 31,388 milioni di euro, nonché nel corso dell'anno 2025 a ottenere dal conto ordinario della Regione Molise 15,6 €/mln relativi a manovre fiscalità pregresse, incassate dalla Regione e non trasferite nel corso dei precedenti anni (Cfr. Det n. 5507/2025).

Obiettivo del triennio 2026-2028 è quello di continuare a monitorare gli adempimenti LEA e a porre in essere le specifiche azioni risolutive.

Nel 2025 Agenas ha pubblicato i risultati del monitoraggio delle performance delle aziende sanitarie pubbliche relativo ai dati dell'anno 2024. Con riferimento agli indicatori che compongono il sistema di performance, l'ASREM per l'anno 2024 mostra livelli di performance complessivi piuttosto variabili nelle diverse aree di monitoraggio: l'Azienda, infatti, si colloca in una fascia alta di performance nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, in fascia media per la prevenzione e l'assistenza distrettuale, in fascia bassa per la sostenibilità economico-patrimoniale ed in fascia molto bassa in tema di investimenti.

Rispetto all'area della prevenzione, nel 2024 si evidenzia un miglioramento di performance rispetto al 2023 in tutti e tre gli indicatori che compongono l'area (percentuale di screening eseguiti rispetto alla popolazione target):

- screening mammella: l'Azienda è passata da 38,4% del 2023 a 41% del 2024;
- screening cervice: tra il 2023 e il 2024 si rileva un incremento da 29,6% a 30,2%;
- screening colon: si riscontra il miglioramento più significativo tra i due anni, da 15,6% al 30,2%.

In tali indicatori, rispetto al cluster di riferimento, i valori delle Aziende con una migliore performance sono pari rispettivamente a circa 70% (screening mammella e cervice) e circa 50% (screening colon).

In merito all'annualità 2025 si riportano di seguito i dati provvisori:

	ESEGUITI	POPOLAZIONE CORRETTA	% adesione
MAMMELLA	11.874	22.630	52%
CERVICE	7.625	16.270	47%
COLON	10.849	44.191	25%

Rispetto all'area distrettuale si rappresenta che è costituita da molteplici indicatori (n.17), suddivisi in 5 sotto-aree. Quelle nelle quali si riscontra un livello più basso di performance sono la sub-area delle dotazioni dei servizi territoriali, della presa in carico territoriale e delle cure primarie.

Dotazioni dei servizi territoriali

Si rileva un valore piuttosto basso nell'indicatore relativo ai posti letto in strutture residenziali (numero di posti letto per 1.000 abitanti over 65 anni): l'indicatore è pari al 7,81% nel 2024, in linea con gli anni precedenti. Nel *cluster* di riferimento, le Aziende con valori più elevati hanno una percentuale di posti letto compresa tra il 36% e il 43%.

Rispetto all'indicatore del numero di consultori familiari ogni 20.000 abitanti, nel 2024 l'indicatore è pari a 0,42, a fronte di uno standard fissato dal DM 77/2022 di n. 1 consultorio ogni 20.000 abitanti. Si riscontra, in aggiunta, un trend peggiorativo nel triennio 2022-2024: nel 2023 l'indicatore era pari a 0,83, mentre nel 2022 era pari a 1,10.

Presa in carico territoriale

Tra gli indicatori di questa sub-area, gli indicatori con maggiori margini di miglioramento sono i seguenti:

- assistiti in trattamento residenziale (numero di assistiti over 75 in trattamento sanitario residenziale-semiresidenziale per 1.000 abitanti), il cui valore è pari a 12,33 nel 2024, in linea con gli anni precedenti. Nel *cluster* di riferimento, le Aziende con migliori performance mostrano un valore dell'indicatore tra i 180 e 190 assistiti ogni 1.000 abitanti;
- accessi in PS evitabili (accessi in PS evitabili di pazienti over 75), pari a 13,75% nel 2024, contro una percentuale del 5% delle Aziende con una migliore performance nel *cluster*;
- allarme target (minuti che intercorrono tra la chiamata e l'arrivo dei mezzi di soccorso), pari a 23 minuti nel 2024, peggiorato rispetto al 2023; lo standard di riferimento è: sufficiente ≤ 21; eccellente ≤ 18;

Cure primarie

In questa sub-area il punteggio medio-basso è dovuto principalmente all'indicatore relativo al numero di assistiti per MMG, che per l'ASREM è pari a 1.100 nel 2024, contro uno standard di riferimento tra 1.470 e 1.530 assistiti per medico di medicina generale.

Nelle due sub-aree rimanenti, *consumo prestazioni specialistiche* e *ospedalizzazioni evitabili*, la performance complessiva ricade nella fascia media; In termini di sostenibilità economico-patrimoniale, nel 2024, il risultato è dovuto sia all'indicatore relativo alla tempestività dei pagamenti (numero medio di giorni di ritardo di pagamento delle fatture commerciali), che nel 2024 è pari a 99 giorni, mentre per la GSA è pari a 137 giorni, connotando un ritardo nei pagamenti, sia agli indicatori di costo pro-capite, che sono stati valutati in relazione ai punteggi di performance dei corrispondenti ambiti.

In relazione all'area degli investimenti tutti gli indicatori di quest'area hanno notevoli margini di miglioramento:

- vetustà delle grandi apparecchiature (percentuale di grandi apparecchiature con più di 10 anni di esercizio) pari al 100% nel 2024, in peggioramento rispetto all'anno precedente;

- incremento delle immobilizzazioni materiali pari a 3,59% nel 2024, che rappresenta il valore più basso in tutto il *cluster* di riferimento;
- obsolescenza contabile (percentuale ammortizzata del valore di impianti, macchinari, attrezzature sanitarie e scientifiche) pari a 87,49% nel 2024;
- ricorso a noleggio e leasing (percentuale dei costi per noleggio e leasing su costi per noleggio e leasing e ammortamento immobilizzazioni materiali) pari a 23,35% nel 2024; per tale indicatore un valore basso è stato considerato negativo in quanto *proxy* di un limitato rinnovo tecnologico.

In merito all'area dell'outcome, misurata in termini di mortalità evitabile (prevenibile e trattabile), l'ultimo dato disponibile si riferisce all'anno 2022. Margini di miglioramento più evidenti si rilevano nell'indicatore sulla mortalità trattabile (tasso standardizzato di mortalità trattabile nelle persone 0-74 anni per 10.000 abitanti), pari a 7,22.

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 Attività di monitoraggio trimestrale

Indicatore 11.2.1.1 Report trimestrale

Azione 11.2.1.2 Trasmissione documentazione per verifica Adempimenti anno 2024

Indicatore 11.2.1.2 Trasmissione documentazione

Azione 11.2.1.3 Adempimenti anni 2017 - 2018

Indicatore 11.2.1.3 Trasmissione documentazione

Azione 11.2.1.4 Nuova trasmissione all. C- tab art. 3 co.7 d.l 35/2013

Indicatore 11.2.1.4 Trasmissione documentazione

Azione 11.2.1.5 Adempimenti anni 2019 - 2020

Indicatore 11.2.1.5 Trasmissione documentazione

Azione 11.2.1.6 Adempimenti anni 2021 - 2022

Indicatore 11.2.1.6 Trasmissione documentazione

Obiettivo 11.2.2 Monitoraggio delle performance aziendali

Azione 11.2.2.1 Attività di monitoraggio semestrale degli indicatori risultati critici nell'analisi attraverso il coinvolgimento degli uffici di ASREM e Regione

Indicatore 11.2.2.1 Report semestrale

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 Attività di monitoraggio trimestrale	A partire dal 31/03/2026	Report trimestrale	Si/no		
	11.2.1.2 Trasmissione documentazione per verifica Adempimenti anno 2024	15/03/2026	Trasmissione documentazione (Questionario e documentazione Adempimenti)	Si/no		

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
	11.2.1.3 Adempimenti anni 2017 - 2018	27/03/2026	Trasmissione documentazione (Questionario e documentazione Adempimenti)	Si/no		
	11.2.1.4 Nuova trasmissione all. C- tab art. 3 co.7 d.l 35/2013	15/05/2026	Trasmissione documentazione			
	11.2.1.5 Adempimenti anni 2019 - 2020	30/06/2026	Trasmissione documentazione (Questionario e documentazione Adempimenti)	Si/no		
	11.2.1.6 Adempimenti anni 2021 - 2022	30/06/2026	Trasmissione documentazione (Questionario e documentazione Adempimenti)	Si/no		
11.2.2 Monitoraggio delle performance aziendali	11.2.2.1 Attività di monitoraggio semestrale degli indicatori risultati critici nell'analisi attraverso il coinvolgimento degli uffici di ASREM e Regione	A partire dal 30/06/2026	Report semestrale	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, già avviata con la precedente 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 interoperabilità e la connettività a livello intra 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 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).

La Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ha inoltre destinato ingenti fondi per la Telemedicina, prevedendo l'acquisto di una piattaforma regionale che invierà costantemente i dati alla Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT) e l'acquisto di postazioni di lavoro, sia fisse che mobili, per gli operatori sanitari che effettueranno prestazioni in telemedicina ed anche di dispositivi medici per i pazienti in cura in Telemedicina.

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/alimentazione, su base regionale, di quattro nuovi flussi informativi nazionali che il Sistema Sanitario Regionale dovrà alimentare. Nell'ambito del nuovo sistema informativo sanitario NSIS dovranno essere governati i seguenti nuovi flussi:

- (SIAR) - riabilitazione territoriale;
- (SIAP) - servizi di assistenza primaria;
- (SIOP) - ospedali di comunità;
- (SICOF) - consultori familiari.

La regione Molise ha, infine, intrapreso un processo di potenziamento inerente alla raccolta, elaborazione e analisi delle informazioni che confluiscono nella banca dati del MdS, aderendo alla progettualità del PNRR - M6C2 - 1.3.2.2.3 «Rafforzamento della collezione, elaborazione e produzione di dati a livello locale», che permetterà, attraverso azioni correttive, di migliorare ulteriormente la qualità dei dati dei diversi flussi informativi sanitari.

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 ultra larga 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 al 31/12/2025, nella Regione Molise risultano attivate 49 strutture sanitarie.

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: Controllo e validazione dei flussi

Indicatore 11.3.1.1: Report semestrale

Azione 11.3.1.2: Adozione dei flussi Cure Primarie e Ospedali di Comunità

Indicatore 11.3.1.2: DCA

Azione 11.3.1.3: Attuazione del Piano sanità connessa

Indicatore 11.3.1.3: 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 Controllo e validazione dei flussi	31/12/2026	Report semestrale			
	Azione 11.3.1.2 Adozione dei flussi Cure Primarie e Ospedali di Comunità	31/03/2026	DCA			
	Azione 11.3.1.3 Attuazione del Piano sanità connessa	30/06/2026	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.

Il contenzioso sanitario, amministrativo e civile, viene costantemente monitorato tramite relazioni periodiche ai Ministeri affiancanti.

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 porrà 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.

La nuova Piattaforma di Gestione Contenziosi rappresenta un significativo passo avanti nella digitalizzazione e ottimizzazione dei processi legali del settore sanitario. Contribuirà in modo sostanziale a migliorare la gestione e la risoluzione dei contenziosi, offrendo strumenti avanzati per il monitoraggio, il controllo e la collaborazione tra le parti coinvolte. Si sottolinea l'importanza di proseguire con l'implementazione e la formazione continua del personale per garantire il pieno utilizzo delle potenzialità della piattaforma. In futuro, si prevede di estendere le funzionalità della piattaforma, includendo, ad esempio, il supporto alla mediazione e alla conciliazione, al fine di promuovere la risoluzione alternativa delle controversie.

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 Invio ai Ministeri affiancanti di un rapporto riepilogativo in occasione delle riunioni dei TdV e relazione di sintesi focalizzata sui contenziosi che presentano criticità

Indicatore 11.4.1.1 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 Invio ai Ministeri affiancanti di un rapporto riepilogativo in occasione delle riunioni dei TdV e relazione di sintesi focalizzata sui contenziosi che presentano criticità	31/03/2026	Report trimestrale	Si/No		
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 relativi al Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 - Salute componente M6C1 e M6C2.

Situazione attuale

Le attività svolte si sono concentrate su due temi principali di fondamentale importanza per la sicurezza e l'efficienza delle strutture sanitarie: l'adeguamento antincendio dei presidi sanitari e l'acquisizione di attrezzature elettromedicali, finalizzate all'incremento, sostituzione o nuovi acquisti.

Per quanto riguarda l'adeguamento antincendio, la Regione ha attivato iniziative mirate a garantire che le strutture

sanitarie fossero conformi alle normative stabilite dal DM 19-03-2015. In parallelo, sono stati avviati interventi riguardanti le apparecchiature elettromedicali, con particolare attenzione all'acquisizione, manutenzione e modernizzazione di dispositivi essenziali per la diagnosi e il trattamento dei pazienti. L'obiettivo principale è stato quello di assicurare il funzionamento ottimale di queste apparecchiature, garantendo così alti standard di cura e servizi efficienti all'interno delle strutture sanitarie.

Entrambe le aree di intervento, pertanto, sono risultate fondamentali per migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria fornita.

In relazione alle iniziative strategiche per il miglioramento delle strutture sanitarie regionali, la Regione ha coordinato la redazione del Documento Programmatico relativo agli interventi di adeguamento antincendio, sviluppato secondo la "Metodologia ex Ante". Questo documento, fondamentale per l'attuazione degli interventi di sicurezza nelle strutture sanitarie, ha richiesto un lavoro di ricognizione accurato e puntuale, finalizzato a raccogliere tutta la documentazione pertinente.

In particolare, è stata effettuata una rilevazione e mappatura di tutte le strutture sanitarie regionali, stilando un elenco di quelle che necessitavano di interventi. Le strutture identificate sono le seguenti:

- Ospedale Cardarelli di Campobasso, superficie lorda di mq 66.500,00;
- Ospedale San Timoteo di Termoli (CB), superficie lorda di mq 46.600,00;
- Ospedale Veneziale di Isernia, superficie lorda di mq 19.520,00;
- Ospedale Vietri di Larino (CB), superficie lorda di mq 32.830,00;
- Ospedale Caracciolo di Agnone (IS), superficie lorda di mq 7.950,00;
- Ospedale SS.Rosario di Venafro (IS), superficie lorda di mq 24.442,00;
- Poliambulatorio ex Vietri di Larino (CB), superficie lorda di mq 7.580,00;
- Poliambulatorio ex Timoteo di Termoli (CB), superficie lorda di mq 8.850,00;
- Poliambulatorio di Riccia (CB), superficie lorda di mq 2.017,00;
- Poliambulatorio Ugo Petrella di Campobasso, superficie lorda di mq 7.645,00;
- Poliambulatorio di Frosolone (IS), superficie lorda di mq 1.874,00;
- Poliambulatorio di Trivento (CB), superficie lorda di mq 2.435,00;
- Poliambulatorio di Isernia, superficie lorda di mq 6.506,00;
- Poliambulatorio di Castelmauro, superficie lorda di mq 830,00;
- Poliambulatorio di Montenero di Bisaccia (CB), superficie lorda di mq 1.540,00;
- Poliambulatorio di Bojano (CB), superficie lorda di mq 3.000,00;
- Poliambulatorio di Santa Croce di Magliano (CB), superficie lorda di mq 1.630,00.

Ad oggi, per tutti i presidi ospedalieri sono stati approvati i progetti per la fase 2, ai sensi del D.M. 19/03/2015, mentre per i poliambulatori sono stati approvati i progetti riguardante la Fase 2 che 3, ai sensi del D.M. 19/03/2015.

Inoltre, la Regione ha coordinato l'articolazione dell'Accordo di Programma per il settore degli investimenti sanitari, in particolare per il programma pluriennale di investimenti ex art.20 Legge n.67/1988.

Per quanto riguarda le apparecchiature elettromedicali, la Regione ha attivamente avviato un processo di ammodernamento delle attrezzature all'interno della rete ospedaliera. L'ASREM ha istituito una commissione dedicata all'HTA (Health Technology Assessment), con il compito di analizzare le necessità specifiche delle strutture ospedaliere. I primari delle strutture hanno fornito un elenco dettagliato delle attrezzature richieste, includendo le destinazioni d'uso, le quantità necessarie e una stima dei costi. La Regione ha predisposto e trasmesso ai ministeri interessati, la

documentazione necessaria alla stipula di un Accordo di Programma con il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze, per il "Rinnovamento delle attrezzature ospedaliere ad alto contenuto tecnologico", per un importo di € 21.622.340,00, di cui € 20.541.223,00 a carico dello Stato (ex art.20 Legge n.67/1988) e € 1.081.117,00 a carico della Regione Molise.

Intervento riguardante l'acquisto di attrezzature elettromedicali, denominato "Implementazione e aggiornamento del parco tecnologico ospedaliero e territoriale per garantire una più alta qualità dei servizi di assistenza.", con risorse del FSC, pari a € 2.469.054,00.

In collaborazione con la commissione, è stato creato un database integrato per gestire le informazioni richieste dalla Legge n. 67/88, che include anche dati su attrezzature già acquistate durante l'emergenza COVID e quelle relative all'intervento relativo al "Programma di potenziamento della rete ospedaliera regionale del Molise per emergenza COVID-19" e riguardante la realizzazione di 14 posti letto di terapia intensiva e 21 posti letto di terapia semintensiva, di importo di € 8.898.793,00.

È stato altresì considerato l'elenco delle attrezzature finanziate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) M1C2, per evitare la duplicazione degli acquisti e garantire un uso oculato delle risorse.

Le azioni svolte in questo periodo hanno rappresentato un passo significativo verso il miglioramento dei servizi sanitari regionali, con l'obiettivo di ottimizzare l'uso delle risorse e promuovere una maggiore efficienza nella cura dei pazienti, contribuendo così a garantire un'assistenza sanitaria di qualità e tempestiva per tutta la popolazione della Regione Molise.

Ulteriore intervento risulta quello denominato "Realizzazione Stroke Unit al 5° piano del P.O. "A. Cardarelli" di Campobasso", con fondi derivanti dal Piano Sviluppo e Coesione della Regione Molise – Sezione Ordinaria - Area Tematica 10 – Sociale e Salute, settore di intervento 10.02 – Strutture e attrezzature sanitarie, di importo pari ad € 1.206.171,11.

Ulteriore intervento risulta quello denominato "Realizzazione nuovo reparto neurologia presso il P.O. "A. Cardarelli" di Campobasso", mediante fondi derivati dall'art. 1 della legge 160 del 27 dicembre 2019 comma 14 - fondo per il rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello stato per lo sviluppo del paese – pg 4, di importo pari ad € 1.151.395,22;

Intervento denominato "Potenziamento del parco tecnologico ospedaliero e del parco ambulanze per garantire una più alta qualità dei servizi di assistenza", consistente nell'acquisto e installazione di un "Sistema di Chirurgia robotica Multidisciplinare", che consentirebbe alla struttura ospedaliera del P.O. di Campobasso, di eseguire interventi semplici e/o complessi con estrema precisione e con tecniche chirurgiche mini-invasive, ed acquisto di n. 4 ambulanze di tipo categoria C, mediante fondi derivanti dall'Area tematica 10 – Sociale e Salute – Settore di Intervento 10.03 – Servizi Socio - Assistenziali della Sezione speciale 1 del PSC Molise, per un importo di € 2.500.000,00.

Efficientamento Energetico

L'efficientamento energetico nelle strutture sanitarie riveste un ruolo cruciale, poiché ospedali, cliniche e centri medici sono edifici con un elevato fabbisogno energetico. La riduzione dei costi di gestione permette di destinare maggiori risorse ai servizi sanitari, migliorando l'efficienza complessiva del sistema. Un ambiente ben climatizzato e con una migliore qualità dell'aria contribuisce al comfort e alla sicurezza di pazienti e personale. L'integrazione di sistemi energetici avanzati, come le fonti rinnovabili e le tecnologie di gestione intelligente, garantisce maggiore affidabilità operativa, riducendo il rischio di interruzioni nel funzionamento delle apparecchiature mediche. Inoltre, adottare soluzioni sostenibili consente di abbattere le emissioni di CO₂, contribuendo agli obiettivi ambientali e migliorando l'impatto ecologico del settore sanitario.

L'efficientamento energetico in questo ambito può portare a:

- Riduzione dei costi di gestione: Minori spese per energia elettrica e riscaldamento permettono di destinare più risorse ai servizi sanitari.

- Migliore comfort per pazienti e personale: Ambienti ben climatizzati e con una migliore qualità dell'aria migliorano il benessere e la sicurezza.
- Affidabilità operativa: L'integrazione di sistemi di energia rinnovabile e di gestione intelligente riduce il rischio di interruzioni nel funzionamento delle apparecchiature.
- Minore impatto ambientale: L'adozione di tecnologie sostenibili contribuisce agli obiettivi di riduzione delle emissioni di CO₂.

Nel contesto di crisi finanziaria che attraversa la sanità della Regione Molise, assume particolare importanza la riduzione dei costi di gestione. L'efficientamento energetico e il conseguente abbattimento dei consumi comportano una diminuzione diretta delle spese per l'energia elettrica e il riscaldamento. Inoltre, migliorando l'efficienza energetica, si potenzia la sostenibilità economica a lungo termine delle strutture, rendendole meno esposte alle oscillazioni dei prezzi dell'energia.

In considerazione di ciò, la Regione Molise, nel triennio 2026-2028 intende avviare interventi di ristrutturazione e ottimizzazione energetica, per l'ammodernamento delle infrastrutture sanitarie, con l'obiettivo di ridurre i consumi energetici e abbattere le spese per energia elettrica e riscaldamento, anche mediante l'utilizzo di appositi finanziamenti.

Da un'analisi preliminare emergono come interventi ad alto impatto e di facile realizzazione l'adozione del fotovoltaico per la produzione di energia elettrica e l'installazione di termostati intelligenti per la gestione del riscaldamento. Dall'analisi, per ciò che concerne l'energia elettrica è emerso che il risparmio medio derivante dall'installazione di un impianto fotovoltaico per una realtà aziendale dipende da diversi fattori e possibilità di realizzazione, tra cui la dimensione dell'impianto, il consumo energetico, la posizione geografica e le tariffe energetiche locali. In linea generale, un impianto fotovoltaico adeguatamente dimensionato può consentire una riduzione dei costi energetici aziendali che varia dal 20% al 60% su base annua.

Sempre in via generale e preliminare, in contesti aziendali dal punto di vista dei consumi di combustibile per il riscaldamento, è emerso che l'installazione di termostati intelligenti per il riscaldamento può portare a risparmi notevoli, poiché questi dispositivi ottimizzano la gestione della temperatura in base alle esigenze reali degli spazi, evitando sprechi energetici. Mediamente, le aziende che adottano termostati intelligenti possono ridurre i costi di riscaldamento annuali dal 10% al 30%.

La Regione Molise, riconoscendo tutte le opportunità di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza della propria azienda sanitaria, provvederà ad avviare tutte le attività necessarie per sviluppare un piano concreto di efficientamento energetico. In via prudenziale si stima una riduzione dei costi pari al 20%.

A tal fine è stato adottato il Decreto del Commissario ad Acta n. 10 del 15/01/2026 recante *“Adesione al meccanismo di incentivazione “Conto Termico 3.0” di cui al Decreto del Ministero dell'Ambiente e della Sicurezza Energetica 7 agosto 2025 per la promozione di interventi di efficientamento energetico nelle strutture ospedaliere regionali.”*.

Impatto economico

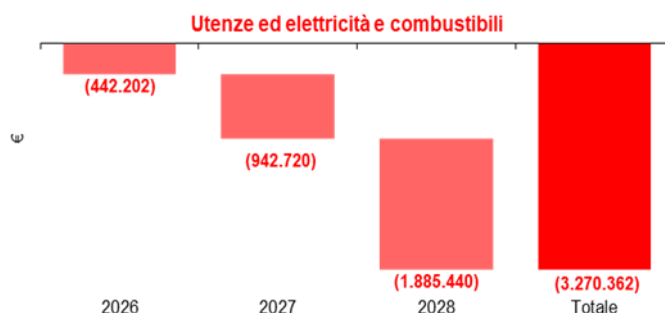
La Struttura Commissariale assicura la copertura di eventuali fabbisogni di investimento dell'ASReM mediante l'utilizzo di risorse dedicate (FSC), favorendo una più corretta allocazione delle fonti di finanziamento e il contenimento strutturale della spesa corrente.

Si stima pertanto una razionalizzazione degli investimenti in conto esercizio effettuati da ASReM con il Fondo Sanitario Regionale Indistinto al fine di ricondurre tale modalità di finanziamento a un assetto coerente con la programmazione economico-finanziaria regionale.



Come sopra rappresentato, è previsto inoltre un intervento di riqualificazione energetica mediante installazione di

impianti fotovoltaici presso le strutture del SSR, per i quali sono già in corso le attività preliminari. L'intervento sulla base delle analisi tecniche effettuate, è finalizzato alla riduzione strutturale dei costi energetici, con effetti sia sulla spesa dell'energia elettrica sia sui consumi di combustibili, carburanti e lubrificanti, stimati in via prudenziale nel triennio di riferimento. L'azione si inserisce nel più ampio percorso di sostenibilità economica e ambientale del sistema sanitario regionale.



Da ciò ne deriva un risparmio stimato del 19% rispetto a quanto rilevato al 2025, calcolato come di seguito:

Descrizione	IV trim
B.2.B.1.9) Utenze elettricità	5.592.502,21
B.1.B.3) Combustibili, carburanti e lubrificanti	4.330.864,17
Totale servizio termico-elettrico	9.923.366,38
% risparmio	19%
stima risparmi	1.885.439,61

11.5.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 11.5.1 Adeguamento alla normativa antincendio delle strutture sanitarie

Azione 11.5.1.1 Trasmissione documenti per l'ammissione al finanziamento per i progetti di 2 e 3 fase delle strutture sanitarie da adeguare alla normativa antincendio

Indicatore 11.5.1.1 DCA e Redazione modulo A

Azione 11.5.1.2 Indizione Gare antincendio da parte di ASReM

Indicatore 11.5.1.2 Provvedimento ASReM

Azione 11.5.1.1 Avvio dei lavori

Indicatore 11.5.1.1 Provvedimento ASReM

Obiettivo 11.5.2 Ammodernamento del parco tecnologico (ex art.20 L.67/88)

Azione 11.5.2.1 Sottoscrizione dell'Accordo di Programma

Indicatore 11.5.2.1 DCA

Obiettivo 11.5.3 Efficientamento Energetico delle strutture sanitarie

Azione 11.5.3.1 Individuazione del possibile promotore e delle eventuali fonti di finanziamento

Indicatore 11.5.2.1 Studio di fattibilità

Azione 11.5.3.2 Progettazione esecutiva

Indicatore 11.5.2.1 Progetto esecutivo**Azione 11.5.3.3 Avvio delle procedure di gara****Indicatore 11.5.2.3 Provvedimento ASReM****Azione 11.5.3.4 Avvio dei lavori****Indicatore 11.5.2.4 Provvedimento ASReM**

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
11.5.1 Adeguamento alla normativa antincendio delle strutture sanitarie	11.5.1.1 Trasmissione documenti per l'ammissione al finanziamento per i progetti di 2 e 3 fase delle strutture sanitarie da adeguare alla normativa antincendio	30/06/2026	DCA e Redazione modulo A			
	11.5.1.2 Indizione Gare antincendio da parte di ASReM	30/09/2026	Provvedimento ASReM			
	11.5.1.3 Avvio dei lavori	31/12/2026	Provvedimento ASReM			
11.5.2 Ammodernamento del parco tecnologico (ex art.20 L.67/88)	11.5.2.1 Sottoscrizione dell'Accordo di Programma	30/06/2026	DCA			
11.5.3 Efficientamento Energetico delle strutture sanitarie	11.5.3.1 Individuazione delle fonti di finanziamento	31/03/2026	Studio di fattibilità			
	11.5.3.2 Progettazione esecutiva	30/09/2026	Progetto esecutivo			
	11.5.3.3 Avvio delle procedure di gara	31/12/2026	Provvedimento ASReM			
	11.5.3.4 Avvio dei lavori	31/03/2027	Provvedimento ASReM			
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute						
Servizio Risorse Finanziarie del Servizio Sanitario Regionale						

11.6 Obiettivi Direttore generale

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 Decreto n. 39 del 3 marzo 2025 sono stati assegnati gli obiettivi operativi al Direttore Generale dell'ASREM, in linea con il Piano di Rientro dai disavanzi sanitari. Gli obiettivi mirano a migliorare la qualità dell'assistenza, ridurre le liste d'attesa e ottimizzare la gestione finanziaria. Il decreto prevede un monitoraggio trimestrale con una valutazione positiva al raggiungimento del 60% degli obiettivi.

Le principali aree di intervento sono: l'incremento della copertura degli screening oncologici (oltre il 50%), l'estensione della vaccinazione antinfluenzale al 75% degli over 65, e la riduzione dei tempi di soccorso a 18 minuti per le emergenze. In ambito ospedaliero, si punta a ridurre i cesarei primari sotto il 15% e a garantire interventi tempestivi per le fratture del femore (65% entro 48 ore).

Il decreto affronta anche la gestione delle liste d'attesa, con il pieno funzionamento del CUP Unico Regionale e l'obiettivo di ridurre la mobilità passiva, abbattendo del 30% le prestazioni ospedaliere fuori regione. Si pongono anche gli obiettivi per la razionalizzazione dei costi (riduzione del 2,5-3,5%) e il rispetto dei tempi di pagamento ai fornitori, con penalizzazioni per ritardi superiori a 60 giorni.

La Regione Molise, per assicurare il rispetto dei tempi di pagamento ha assegnato altresì uno specifico obiettivo al Direttore Generale ai sensi della legge di bilancio per l'anno 2019, n.145, articolo 1, comma 865 che prevede un meccanismo sanzionatorio legato all'assegnazione dell'indennità di risultato del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria vincolata al rispetto dei tempi di pagamento.

11.6.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 11.7.1 Definizione del processo di assegnazione e monitoraggio degli obiettivi annuali

Azione 11.7.1.1 Definizione della procedura di assegnazione degli obiettivi al DG ASReM

Indicatore 11.7.1.1 DCA

Azione 11.7.1.2 Monitoraggio sullo stato dell'arte degli obiettivi assegnati

Indicatore 11.7.1.2 Report Trimestrale

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
11.7.1 Definizione del processo di assegnazione e monitoraggio degli obiettivi annuali	11.7.1.1 Definizione della procedura di assegnazione degli obiettivi al DG ASReM	30/04/2026 31/12/2026 31/12/2027	DCA	Si/NO		
	11.7.1.2 Monitoraggio sullo stato dell'arte degli obiettivi assegnati	31/12/2026	Report trimestrale DG ASReM	Si/NO		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute						

11.7 Health Technology Assessment

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 ricomprensive: 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.

A seguito della redazione dell'elenco aggiornato delle attrezzature da acquisire per l'ASREM, predisposto dalla Commissione Tecnica HTA, istituita con la Deliberazione del Direttore Generale n. 766/23, è stata adottata la Deliberazione n. 74 del 23 gennaio 2024, inerente il programma di investimenti sanitari ex art. 20 della legge n. 67/1988, per l'intervento relativo all'acquisto di attrezzature elettromedicali.

11.7.2 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 ASReM

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	31/12/2026	Provvedimento ASReM	Si/No		
	11.8.2.2 Monitoraggio delle apparecchiature installate al fine di valutarne il livello tecnologico e l'eventuale sostituzione	31/12/2026	Report semestrale ASReM	Si/No		
Responsabile del procedimento attuativo						
Direzione Generale per la Salute						
Direzione Generale A.S.Re.M.						

11.8 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 "Ricognizione 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.169/2025 del 31 ottobre 2025 recante "Schema di 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" è stato approvato lo 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."

L'Università degli Studi del Molise – UniMol, come previsto nel sopracitato protocollo d'intesa, ha espresso il proprio parere sulla proposta di PO 2026-2028 rappresentando che: *"In conclusione, il PO 2026-2028 recepisce elementi innovativi in termini di metodo e di risultati attesi, nel contesto di una impostazione consolidata e certamente di valore."* e che *"Questi elementi prospettici condizionano favorevolmente il parere finale"*.

11.8.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 11.9.1 Rideterminazione dei rapporti con l'Università

Azione 11.9.1.1: Monitoraggio 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 del protocollo d'intesa con l'università	A partire dal 31/12/2026	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 sottrarsi 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 la piena 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.

Inoltre, sono attualmente in corso gli sviluppi applicativi che coinvolgono il CUP unico e i due privati accreditati a diretta gestione regionale (Responsible RH e Neuromed), finalizzati a garantire l'interoperabilità in tempo reale tra i sistemi. Nelle more del completamento di tale attività il sistema informativo opera secondo una modalità provvisoria mista.

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 "Iniziativa 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.

Con DCA 16 del 23/02/2024, la Struttura Commissariale ha rettificato il DCA n.41/2023 prevedendo che per il finanziamento dell'acquisto delle prestazioni occorrenti per l'abbattimento dei tempi di attesa l'ASREM è autorizzata ad utilizzare l'ulteriore quota del fondo sanitario di parte corrente 2023 pari a 41.564,46 euro, quale maggiore somma tra l'importo di euro 1.797.453,54 ed euro 1.839.018,00 indicato nell'Intesa Stato-Regioni del 9/11/2023 (Rep. Atti n. 262/CSR) sul riparto del finanziamento del SSN per il 2023.

Con DCA 75 del 26/04/2024 la Struttura Commissariale, in applicazione e ad integrazione dei precedenti DCA, ha autorizzato l'ASREM ad acquistare le prestazioni aggiuntive per l'abbattimento dei tempi di attesa da privato accreditato fino al 31/12/2024.

Con DCA 97 del 12/06/2024, ai sensi dell'art.1, comma 232, della Legge 30 dicembre 2023, n. 213, l'ASREM è stata autorizzata ad utilizzare l'ulteriore quota del Fondo Sanitario di parte corrente anno 2024 di cui è destinataria l'Azienda pari a euro 2.000.000,00, quale stima dello 0,4% del Fondo Sanitario di parte corrente anno 2024.

Infine, con DCA 186 del 12/12/2024 è stato prorogato il termine del 31/12/2024 di cui al DCA 75/2024, consentendo di proseguire l'attività di recupero fino al 31/12/2025.

Con il predetto DCA n.186 del 12/12/2024, inoltre, l'ASReM è stata autorizzata ad utilizzare l'ulteriore quota del fondo sanitario di parte corrente anno 2024 pari ad euro 533.991,00 quale maggiore somma tra l'importo di euro 2.000.000,00 (di cui al DCA 97/2024) e l'importo attribuito dall'Intesa del 28/11/2023 sulla proposta del Ministro della Salute di deliberazione CIPESS concernente il riparto tra le regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2024 (Rep. Atti n. 228/CSR).

Con DCA 38/2025, infine, per assicurare la continuità delle azioni già intraprese nonché il miglioramento dell'indicatore di performance relativo all'abbattimento dei tempi di attesa, l'ASReM è stata autorizzata ad utilizzare le somme residue già autorizzate per le annualità passate 2023 e 2024.

Con DCA 194/2025 è stata disposta una ulteriore proroga per l'utilizzo delle somme residue finalizzate all'abbattimento dei tempi di attesa fino al 31/12/2026.

Con l'adozione a livello nazionale del Decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73 coordinato con la legge di conversione 29 luglio 2024, n. 107, inoltre, il Ministero della Salute ha potenziato e consolidato la sua organizzazione per il monitoraggio e il controllo delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie, in un'ottica di riduzione dei tempi, trasparenza ed uniformità sul territorio nazionale.

In ottemperanza a quanto disposto dal Ministero, pertanto, con DCA n. 146/2024 è stata istituita l'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa.

Con DCA n. 164/2024, successivamente modificato con DCA n. 4/2025, è stato individuato il Responsabile Unico Regionale dell'Assistenza Sanitaria (RUAS) per la Regione Molise.

È in corso, dunque, un percorso di individuazione delle prestazioni critiche volto all'abbattimento dei tempi di attesa che include il monitoraggio e la supervisione sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa nonché sul raggiungimento degli obiettivi del piano di recupero delle liste di attesa e del piano regionale delle liste di attesa.

Altresì, a valle dell'approvazione del Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2025–2027, la Regione Molise provvederà all'adozione del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per l'anno 2026.

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.

12.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 12.1.1 Garantire il recupero delle prestazioni e l'efficienza nella gestione dei tempi di attesa

Azione 12.1.1.1 Verifica dei tempi di Attesa

Indicatori 12.1.1.1 Report semestrale

Azione 12.1.1.3 Adozione del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per l'anno 2026.

Indicatori 12.1.1.2 DCA

Azione 12.1.1.4 Implementazione della interoperabilità del CUP regionale con la PNLA

Indicatori 12.1.1.4 Report

Azione 12.1.1.5 Integrazione delle agende privati accreditati, compresi quelli a gestione diretta regionale, nel CUP unico regionale

Indicatori 12.1.1.5 Report

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
12.1.1 Garantire il recupero delle prestazioni e l'efficienza nella gestione dei tempi di attesa	12.1.1.1 Verifica dei tempi di Attesa	A partire dal 30/06/2026	Report semestrale	Si/no		
	12.1.1.3 Adozione del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per l'anno 2026.	31/03/2026	DCA	Si/no		
	12.1.1.4 Implementazione della interoperabilità del CUP regionale con la PNLA	31/12/2026	report	Si/no		
	12.1.1.5 Integrazione delle agende privati accreditati, compresi quelli a gestione diretta regionale, nel CUP unico regionale	30/06/2026	report	100/100		
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 2026-2028 la Regione Molise intende implementare lo strumento di gestione, analisi e controllo qualitativo del flusso dei ricoveri (SDO) e della Specialistica Ambulatoriale. La Regione ha avviato il reingegnerizzare dell’attività dei controlli, 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.

In particolare, il software è 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.

Impatto Economico

Attraverso il potenziamento dei meccanismi di governo e controllo delle prestazioni erogate dalle Strutture Private Accreditate, unitamente al rafforzamento delle strutture pubbliche ed agli accordi di confine, si prevede una riduzione del ricorso alle prestazioni erogate dal settore privato, con conseguente diminuzione degli accantonamenti legati alla quota extra-budget.

In merito all'impatto economico, si rimanda all'apposito paragrafo "tendenziali e programmatici".

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 Implementazione di azioni di miglioramento, tramite attività di auditing specifico che le aziende intraprendono sulla base delle non conformità emerse

Indicatore 12.2.1.1 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	12.2.1.2 Implementazione di azioni di miglioramento, tramite attività di auditing specifico che le aziende intraprendono sulla base delle non conformità emerse	31/12/2026	Report semestrale	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.

L'Azienda sanitaria effettua il monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali per l'area del rischio clinico, alimentando la piattaforma gestita da "AGENAS – Osservatorio nazionale delle buone pratiche della sicurezza nella sanità".

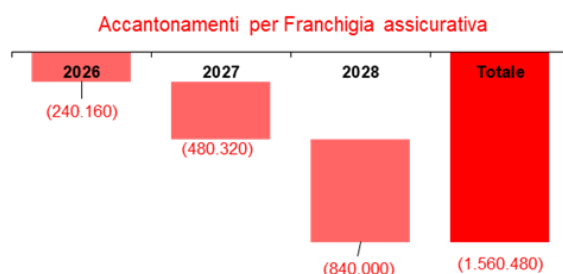
Riguardo la "Trasparenza" la Legge 24/2017 – all'articolo 2 e all'articolo 5 – prevede per tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie la pubblicazione sul proprio sito internet di:

- 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

Impatto economico

Si prevede un potenziamento delle attività del comitato valutazione sinistri, con analisi preventiva degli eventi avversi ed eventi sentinella e rafforzamento dei sistemi di tracciabilità e prevenzione del contenzioso. L'intervento è finalizzato a ridurre l'incidenza dei sinistri fuori SIR e a ridurre progressivamente l'accantonamento annuale al limite contrattuale della franchigia aggregata prevista in polizza (2,2 €/mln), in coerenza con il quadro assicurativo vigente.

L'azione contribuisce al contenimento strutturale degli oneri per malpractice e al miglioramento della qualità e sicurezza delle cure.



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- 2026-2028

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

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 2026-2028	30/06/2026	Provvedimento ASReM		
	12.3.1.2 Produzione e pubblicazione di una Relazione Annuale consuntiva	31/12/2026 31/12/2027 31/12/2028	Relazione annuale ASReM		
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.

Successive modifiche sono state apportate nel corso del 2025 con i seguenti atti:

- DCA n. 25 del 13 febbraio 2025 avente ad oggetto: *"Atto aziendale dell'azienda sanitaria regionale del Molise (ASREM), approvato con D.C.A. n. 39/2018 e successivamente integrato. Approvazione ulteriori modifiche."*
- DCA n. 32 del 24 febbraio 2025 avente ad oggetto: *"Modifiche atto aziendale dell'azienda sanitaria regionale del Molise (ASReM), approvato con D.C.A n. 39/2018 e successivamente integrato: istituzione della uoc clinical governance, qualita' e risk management; istituzione della uos governo delle liste d'attesa nell'ambito della uoc clinical governance, qualita' e risk management presso il dipartimento di staff; soppressione uosvd risk management e della uosvd qualita' e governance clinica; trasformazione della uoc integrazione ospedale territorio e sociosanitaria in uosvd; trasformazione della uos tutela in carcere in uosvd presso il dipartimento di staff; istituzione della uos screening oncologici, incardinata nella uoc epidemiologia. approvazione modifiche."*
- DCA n. 33 del 25 febbraio 2025 avente ad oggetto *"Modifica dell'atto aziendale A.S.RE.M. (D.D.G. n. 301 del 27.03.2018). Soppressione della SS committenza ed assegnazione delle funzioni alla SSD committenza e verifica accreditamento/appropriatezza delle prestazioni. Approvazione modifiche"*
- DCA n. 34 del 25 febbraio 2025 avente ad oggetto: *"Modifiche atto aziendale dell'azienda sanitaria regionale del Molise (ASReM), approvato con D.C.A n. 39/2018 e successivamente integrato: trasformazione delle uos "bonifica sanitaria allevamenti ds1" Campobasso; uos "bonifica sanitaria allevamenti ds2"- Termoli; uos "bonifica sanitaria allevamenti ds3" Isernia in uos piani di eradicazione e sorveglianza; uos anagrafi zootecniche, controlli di I&R e verifica e efficacia dei controlli ufficiali; uos prevenzione del randagismo e igiene urbana veterinaria; presso la sc sanita' animale. Approvazione modifiche."*

Sulla scorta del Programma Operativo 2025 – 2027, l'ASReM procederà all'adozione di un nuovo atto aziendale conforme all'assetto organizzativo delineato nell'atto programmatico.

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: Adozione dell'Atto Aziendale in coerenza con il PO 2026-2028

Indicatore 12.4.1.1 Provvedimento ASReM

Azione 12.4.1.2: Approvazione e dell'Atto Aziendale

Indicatore 12.4.1.2 DCA

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 Adozione dell' Atto Aziendale in coerenza con il PO 2026-2028	30/06/2026	Provvedimento ASReM			
	12.4.1.1 Approvazione e dell' Atto Aziendale	31/07/2026	DCA			
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.

Con Provv. DG n. 781 del 23/05/2024 l'ASReM ha proceduto all'adozione ed approvazione del nuovo Regolamento aziendale per l'esercizio della Libera professione Intramuraria, previa contrattazione con le OO.SS. relativamente ai criteri generali per la formazione della tariffa e l'approvazione dei proventi, nonché, concertazione relativamente a tutta la disciplina di cui al citato regolamento.

La normativa regolamentare ha disciplinato in particolar modo:

- le modalità di organizzazione dell'attività libero-professionale intramuraria all'interno dell'Azienda,
- il sistema di tariffazione nonché i criteri per il riparto del Fondo Perequativo dei Dirigenti,
- le infrastrutture di rete ed il sistema gestionale di prenotazione, nonché le modalità di fatturazione e pagamento.

In attuazione del regolamento, l'ASReM con Provv. DG n. 619 del 12/04/2024, ha proceduto alla rideterminazione della Commissione Tecnico Paritetica di sorveglianza e controllo sullo svolgimento dell'attività libero professionale, già precedentemente costituita con Provv. DG n. 795 del 27/06/2022.

La citata Commissione è stata convocata per i monitoraggi e le attività di controllo di propria competenza (Cfr. verbali del 19/12/2023 - 21/12/2023 — 16/04/2024 — 25/06/2024).

L'attività della Commissione ha accertato la sussistenza dell'equilibrio tra l'attività in regime istituzionale e quella in regime libero-professionale, relativamente al periodo dal 01/01/2024 al 30/06/2024 (cfr. nota prot. n. 2024/97302 del 12/09/2024, trasmessa dall'UOC Controllo di Gestione).

Così come richiesto in sede di Commissione Paritetica, con nota prot. n. 42571/2025, si è proceduto a richiedere in via formale a tutti i Dirigenti medici in regime di intramoenia di effettuare la registrazione dell'avvenuta erogazione della prestazione sulla Piattaforma informatica CUP AREAS (chek-out - ovvero eseguito).

L'Ufficio Alpi, in particolare, ha proceduto al rilascio di n. 89 autorizzazioni attualmente vigenti, nonché già dal 2023 a revocare le autorizzazioni di intramoenia cd. "allargata", precedentemente rilasciate dalla soppressa struttura pertinente

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	31/12/2026 31/12/2027 31/12/2028	Provvedimento ASReM			
	12.5.1.2 Determinazione dei volumi di attività libero-professionale	31/12/2026 31/12/2027 31/12/2028	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, tanto attiva quanto passiva. L'indice di Soddisfazione della Domanda Interna (ISDI) 2024 per i ricoveri è pari a 0,99, indicando un sostanziale equilibrio tra domanda e offerta, in miglioramento rispetto al 2023. Il saldo economico risulta complessivamente positivo. Tuttavia, gran parte della mobilità attiva è realizzata da erogatori privati.

Si riporta di seguito il trend della mobilità effettiva per ricoveri, attiva e passiva, e i volumi e i costi della mobilità 2024 per la specialistica ambulatoriale.

Trend Indice di fuga e indice di attrazione per ricoveri - Mobilità Effettiva

	2019	2022	2023	2024
Mobilità passiva	Ifv	Ifv	Ifv	Ifv
Totale	38%	38%	42%	40%
Alta complessità	48%	48%	52%	52%
Media/bassa complessità	35%	36%	38%	36%
A rischio inappropriatelyzza	56%	51%	60%	59%
Mobilità attiva	IAv	IAv	IAv	IAv
Totale	43%	42%	42%	42%
Alta complessità	55%	57%	57%	58%
Media/bassa complessità	41%	38%	39%	40%
A rischio inappropriatelyzza	53%	54%	49%	38%

Mobilità passiva per specialistica ambulatoriale - 2024

Categoria F.A.R.E.	Volumi	Costi	VFpub %	VFpriv %
LABORATORIO	292.714	3.472.732 €	65,1%	34,9%
TERAPEUTICHE	44.394	2.806.756 €	40,8%	59,2%
DIAGNOSTICA	38.883	2.567.055 €	67,9%	32,1%
VISITE	37.879	630.891 €	81,2%	18,8%
PAC	1.548	556.062 €	88,6%	11,4%
RIABILITAZIONE	7.018	104.351 €	50,7%	49,3%
ALTRO	110	20.348 €	93,6%	6,4%
Total	422.546	10.158.195 €	64,1%	35,9%

Mobilità attiva per specialistica ambulatoriale - 2024

Categoria F.A.R.E.	Volumi	Ricavi	VApub %	VApriv %
DIAGNOSTICA	192.104	20.931.723 €	4,2%	95,8%
TERAPEUTICHE	40.217	9.812.430 €	11,3%	88,7%
LABORATORIO	201.014	8.294.750 €	29,6%	70,7%
VISITE	68.238	1.145.029 €	13,9%	86,1%
ALTRO	2.805	25.267 €	51,0%	49,0%
Totale	504.378	40.209.199 €	16,3%	83,7%

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 produttività 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 ha già avviato il potenziamento della dotazione organica del personale sanitario e un'implementazione delle dotazioni tecnologiche delle strutture sanitarie pubbliche, e nel triennio 2026-2028 intende proseguire con le attività avviate.

Anche la riorganizzazione della rete ospedaliera è volta al recupero della mobilità passiva con particolare riferimento alla riduzione della fuga per media e bassa complessità e per i ricoveri a rischio di inappropriately.

ASREM ha implementato modelli di gestione del blocco operatorio per efficientare i percorsi clinico-assistenziali. La reingegnerizzazione dei processi sviluppata presso il Blocco Operatorio del Presidio di Campobasso ha consentito, negli ultimi mesi del 2025, di ottimizzare l'intero percorso del paziente: dall'ingresso nel blocco operatorio fino al rientro in reparto.

Il nuovo modello ha già determinato un incremento del numero di interventi chirurgici, a parità di risorse umane.

Nel 2026 lo stesso progetto di reingegnerizzazione verrà esteso anche ai Presidi di Termoli e Isernia, sotto la regia di un coordinatore unico aziendale (nuovo referente della piastra chirurgica).

È attualmente in fase di elaborazione una relazione tecnica in cui verrà analizzato nel dettaglio il fenomeno della mobilità, al fine di individuare le aree di intervento per l'aumento della produzione pubblica (garantendo al contempo il rispetto del principio di concentrazione della casistica) e il recupero della mobilità passiva e le strategie a ciò finalizzate (riorganizzazione delle Unità Operative delle strutture sanitarie pubbliche regionali, con particolare attenzione alla rimodulazione degli orari di attività dei servizi ospedalieri, potenziamento del personale in organico, investimenti in tecnologie). Ai responsabili delle unità operative coinvolte verrà assegnato, quale obiettivo di budget, il potenziamento della produzione pubblica, che verrà verificato trimestralmente.

Inoltre, verrà rafforzata la collaborazione degli erogatori privati al fine di aumentare la quota di produzione da destinare ai cittadini molisani, nel rispetto dei tetti di spesa.

La revisione organizzativa sarà strettamente integrata con le strategie di governo delle liste d'attesa, al fine di ampliare le fasce orarie di erogazione delle prestazioni, ridurre i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e diagnostiche e assicurare un'equità di accesso ai servizi.

ASREM ha già effettuato un'approfondita analisi sugli MDC con potenziale di recupero della mobilità passiva rispetto ai quali si è già realizzato un aumento della produzione pubblica negli anni 2023-2025. In particolare, proiettando tale aumento di produzione sul triennio di riferimento è stato valorizzato il recupero di mobilità passiva atteso, in termini sia di incremento della produzione pubblica che di relativo valore economico.

In particolare:

- Malattie dell'apparato Muscolo Scheletrico (MDC 8) di tipo Chirurgico

Tipologie di prestazioni ospedaliere da recuperare 2026/2028		Passiva 2024	Trend produzione 2023/2025		Proiezione Incremento nuovi ricoveri ordinari rispetto al trend 2025		
		Ordinari	incremento ricoveri ordinari	% incremento	2026 (+20%)	2027 (+25%)	2028 (+30%)
Malattie dell'apparato Muscolo Scheletrico (MDC 8) di tipo Chirurgico	Valore della Produzione (ricoveri)	1.747	192	15%	296	370	444
	Valore della Produzione (euro)	11.106.747	1.810.912	24%	1.898.049	2.372.561	2.847.073

- Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie e dell'apparato riproduttivo maschile (MDC 11 e 12) di tipo Chirurgico

Tipologie di prestazioni ospedaliere da recuperare 2026/2028		Passiva 2024	Trend produzione 2023/2025		Proiezione Incremento nuovi ricoveri ordinari rispetto al trend 2025		
		Ordinari	incremento ricoveri ordinari	% incremento	2026 (+10%)	2027 (+12%)	2028 (+15%)
Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie e dell'apparato riproduttivo maschile (MDC 11 e 12) di tipo Chirurgico	Valore della Produzione (ricoveri)	844	123	18%	82	99	123
	Valore della Produzione (euro)	4.052.214	937.498	34%	368.162	441.794	552.243

- Malattie dell'apparato digerente (MDC 6) di tipo chirurgico

Tipologie di prestazioni ospedaliere da recuperare 2026/2028		Passiva 2024	Trend produzione 2023/2025		Proiezione Incremento nuovi ricoveri ordinari rispetto al trend 2025		
		Ordinari	incremento ricoveri ordinari	% incremento	2026 (+10%)	2027 (+12%)	2028 (+15%)
Malattie dell'apparato digerente (MDC 6) di tipo chirurgico	Valore della Produzione (ricoveri)	504	167	30%	73	87	109
	Valore della Produzione (euro)	2.994.535	1.019.677	31%	431.932	518.319	647.898

- Malattie dell'apparato Cardiocircolatorio (MDC 5)

Tipologie di prestazioni ospedaliere da recuperare 2026/2028		Passiva 2024	Trend produzione 2023/2025		Proiezione Incremento nuovi ricoveri ordinari rispetto al trend 2025		
		Ordinari	incremento ricoveri ordinari	% incremento	2026 (+10%)	2027 (+12%)	2028 (+15%)
Malattie dell'apparato Cardiocircolatorio (MDC 5)	Valore della Produzione (ricoveri)	1.078	-2	0%	272	326	408
	Valore della Produzione (euro)	8.481.514	1.335.612	11%	1.382.044	1.658.453	2.073.066

Il recupero di mobilità complessivamente atteso è pari a:

Tipologie di prestazioni ospedaliere da recuperare 2026/2028		Passiva 2024	Trend produzione 2023/2025		Proiezione Incremento nuovi ricoveri ordinari rispetto al trend 2025		
		Ordinari	ordinari	%	2026	2027	2028
MDC 8, 11, 12, 6, 5	Valore della Produzione (ricoveri)	4.173	481	9%	723	883	1.085
	Valore della Produzione (euro)	26.635.009	5.103.699	19%	4.080.187	4.991.127	6.120.280

Al fine di incrementare la produttività delle strutture pubbliche, sarà individuato un sistema di valutazione della produttività del personale, allo scopo di ridurre gli ingenti oneri da mobilità passiva e, contestualmente, gli acquisti da privato, garantendo un percorso di efficientamento del SSR. Nel rispetto della normativa vigente, saranno individuate procedure di premialità consequenziali all'incremento della produttività delle unità operative ospedaliere e dell'attività specialistica delle strutture pubbliche. Per tale finalità saranno rese disponibili risorse, in seguito alla verifica dell'aumento della produttività, in misura pari al 10% della mobilità passiva recuperata, come da matrice di mobilità.

L'incentivo economico, che avrà natura straordinaria, sarà riconosciuto alle unità operative/équipe/presidi che conseguano una riduzione della mobilità passiva interregionale evitabile dei residenti della Regione Molise verso la Regione limitrofa, misurata su specifici perimetri assistenziali individuati annualmente dalla Regione, a condizione che siano contestualmente rispettati gli standard regionali di appropriatezza, qualità, esito e tempi di accesso. L'incremento del numero dei ricoveri, considerato isolatamente, non costituisce criterio utile per il riconoscimento dell'incentivo.

Nel dettaglio, l'incentivo sarà attribuito non al singolo medico, ma a una delle seguenti unità:

- équipe clinico-organizzativa;
- unità operativa;
- presidio ospedaliero;

Questa scelta riduce il rischio di induzione individuale della domanda e orienta il comportamento verso obiettivi di sistema.

La misurazione avverrà utilizzando, almeno:

- flusso SDO;
- dati regionali di mobilità attiva e passiva;
- tempi di attesa regionali;
- indicatori PNE/AGENAS pertinenti;
- eventuali indicatori NSG applicabili.

Per ciascuna unità di valutazione si determinano almeno i seguenti indicatori.

Indicatore principale di recupero

Tasso di recupero della mobilità passiva evitabile (TRMPE):

$$\text{TRMPE} = (\text{MPE}_{\text{baseline}} - \text{MPE}_{\text{anno}}) / \text{MPE}_{\text{baseline}}$$

dove MPE = numero o valore economico dei ricoveri di mobilità passiva evitabile dal bacino di riferimento verso la Regione limitrofa.

Indicatore di sostituzione interna appropriata

ISI = ricoveri effettuati nella Regione Molise, nel perimetro incentivabile / domanda complessiva dei residenti nel medesimo perimetro.

Il disegno è coerente con la logica dell'ISDI, che misura la capacità di assorbire la domanda interna.

Indicatori di salvaguardia

L'incentivo matura solo se, rispetto al baseline:

- non peggiorano gli indicatori PNE selezionati;
- non aumenta oltre soglia la quota di ricoveri potenzialmente inappropriati;
- non peggiorano i tempi medi/mediani di accesso;
- non peggiora il tasso di riammissione precoce o altro indicatore di esito scelto dalla Regione.

Baseline

La baseline è definita come media degli ultimi 2 o 3 anni completi disponibili, depurata da eventi eccezionali.

Per ogni linea assistenziale si calcolano:

- volumi di fuga verso la Regione limitrofa;
- valore economico della fuga;
- quota di fuga di confine;
- quota di alta complessità;
- quota potenzialmente inappropriata;
- tempi di attesa regionali;
- indicatori PNE rilevanti.

Sono esclusi dal calcolo incentivante:

- a) ricoveri urgenti non programmabili;
- b) ricoveri in reti cliniche non integralmente presenti in Regione Molise;
- c) casi ad alta complessità o rarità clinica;
- d) mobilità giustificata da prossimità oggettiva, quando la struttura della Regione limitrofa sia materialmente più accessibile del presidio regionale;
- e) ricoveri che avrebbero dovuto essere erogati in setting meno intensivo.

L'uso della nozione di prossimità e di distanza accettabile è coerente con il modello AGENAS.

L'incentivo annuo lordo spettante all'unità di valutazione è determinato come:

Incentivo = Fondo × P1 × P2 × P3

dove:

- **Fondo** = quota di risorse destinata annualmente dalla Regione;
- **P1** = punteggio di recupero mobilità;
- **P2** = punteggio di appropriatezza e qualità;
- **P3** = coefficiente di complessità/contesto.

Punteggio di recupero mobilità (P1)

Esempio:

- nessun incentivo sotto il 5% di recupero del baseline;
- 0,4 punti tra 5% e 10%;
- 0,7 punti tra 10% e 20%;
- 1,0 punto oltre 20%.

Il recupero può essere misurato in doppia chiave:

- volumi;
- valorizzazione economica standardizzata.

Punteggio appropriatezza e qualità (P2)

P2 assume valore 1 solo se tutte le condizioni soglia sono rispettate.

Scende a 0,5 o 0 in caso di:

- aumento ricoveri potenzialmente inappropriati;
- peggioramento esiti;
- peggioramento significativo dei tempi di attesa;
- incremento anomalo di degenze brevi o riammissioni.

Coefficiente di complessità/contesto (P3)

Serve a non penalizzare o premiare in modo distorto le unità che operano in contesti diversi.

Può variare, ad esempio, da 0,8 a 1,2 sulla base di:

- case-mix;
- dotazione tecnologica;
- presenza di specialisti;
- quota storica di mobilità di confine;
- effettiva attivazione della linea assistenziale in Regione Molise.

Per evitare comportamenti opportunistici:

- l'incentivo non può superare una quota prefissata del risparmio teorico prodotto;
- è previsto recupero totale o parziale dell'incentivo se nei 12 mesi successivi emergono scostamenti rilevanti su appropriatezza, esiti, codifica o liste di attesa.

Regola fondamentale di neutralizzazione dei volumi impropri

L'aumento dei ricoveri effettuati in Regione Molise **non costituisce di per sé** titolo all'incentivo.

L'aumento dei ricoveri rileva solo se dimostra:

1. sostituzione effettiva di mobilità passiva evitabile;
2. appropriatezza del setting;
3. mantenimento/miglioramento degli esiti;
4. assenza di incremento anomalo della casistica a rischio di inappropriatezza.

Procedura annuale

1. La Regione individua entro il 31 gennaio le linee prioritarie.
2. Entro il 31 marzo definisce baseline e target.
3. Entro il 30 giugno effettua monitoraggio infrannuale.
4. Entro il 31 marzo dell'anno successivo valida i risultati.
5. L'incentivo è liquidato solo dopo verifica tecnica regionale.

La validazione dei risultati è affidata al Direttore Generale dell'ASReM con il supporto del Controllo di Gestione

Il sistema incentivante non può produrre:

- incremento di ricoveri inappropriati;
- spostamento artificioso dal day service/ambulatoriale al ricovero;
- selezione dei pazienti a minor rischio;
- alterazioni della codifica SDO.

Impatto economico

La struttura commissariale ha previsto un potenziamento delle strutture regionali pubbliche, per garantire una risposta completa e adeguata alle necessità dei pazienti, evitando così che si rivolgano ad altre regioni per ricevere cure. Il recupero previsto dalle azioni sopra esposte è integrato dalle ulteriori azioni volte al recupero della mobilità passiva (cfr. accordi bilaterali, potenziamento del parco tecnologico e del personale) per un totale di circa 9,8 €/mln per il 2028. In merito, si rimanda all'apposito paragrafo "tendenziali e programmatici".

13.1.1. Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 13.1.1 Recupero della mobilità passiva (prevalentemente di tipo chirurgico)

Azione 13.1.1.1 Analisi della mobilità passiva e individuazione delle strategie per il recupero

Indicatore 13.1.1.1 Relazione tecnica

Azione 13.1.1.2. Individuazione di un sistema di valutazione della produttività del personale correlata alla riduzione degli ingenti oneri da mobilità passiva

Indicatore 13.1.1.2 DCA

Azione 13.1.1.3 Documento di budget con il dettaglio dell'obiettivo di aumento della produzione pubblica e recupero della mobilità passiva

Indicatore 13.1.1.3 Documento di budget

Azione 13.1.1.4 Monitoraggio trimestrale dello stato di avanzamento dell'obiettivo di aumento della produzione pubblica e recupero della mobilità passiva

Indicatore 13.1.1.4 Incontri con i responsabili delle unità operative coinvolte e relazione tecnica

Azione 13.1.1.5 Incontri con gli erogatori privati per definizione di strategie condivise per la loro partecipazione al recupero della mobilità passiva, nel rispetto del tetto di spesa

Indicatore 13.1.1.5 Relazione tecnica

Azione 13.1.1.6 Attuazione delle strategie individuate per il recupero della mobilità passiva

Indicatore 13.1.1.6 Aumento della produzione pubblica e diminuzione % della mobilità passiva

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
13.1.1 Recupero della mobilità passiva di bassa e media complessità	13.1.1.1 Analisi della mobilità passiva e individuazione delle strategie per il recupero	31/05/2026	Relazione tecnica			
	13.1.1.2 Individuazione di un sistema di valutazione della produttività del personale, correlata alla riduzione degli ingenti oneri da mobilità passiva	30/06/2026 01/01/2027 01/01/2028	DCA			
	13.1.1.3 Documento di budget con il dettaglio dell'obiettivo di aumento della produzione pubblica e recupero della mobilità passiva	30/06/2026	Documento di budget			
	13.1.1.4 Monitoraggio trimestrale dello stato di avanzamento dell'obiettivo di aumento della produzione pubblica e recupero della mobilità passiva	A partire dal 30/09/2026, ogni trimestre	Incontri con i responsabili delle unità operative coinvolte e relazione tecnica			
	13.1.1.5 Incontri con gli erogatori privati per definizione di strategie condivise per la loro partecipazione al recupero della mobilità passiva, nel rispetto del tetto di spesa	31/05/2026	Relazione tecnica			
	13.1.1.6 Attuazione delle strategie individuate per il recupero della mobilità passiva di bassa e media complessità	31/12/2026 31/12/2027 31/12/2028	Aumento della produzione pubblica e diminuzione % della mobilità passiva di bassa e media complessità	10% di incremento dell'aumento della produzione pubblica nel 2026, 12% nel 2027 e 15% nel 2028		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale						
Direzione Generale per la Salute - Direttore Generale 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 interregionali per il governo della mobilità sanitaria. Il Comitato LEA, nella seduta del 20/05/2025, ha approvato lo schema di accordo interregionale da utilizzare per la stipula di accordi interregionali.

La Struttura Commissariale della Regione Molise, sin dall'insediamento, ha intrapreso azioni volte al governo della mobilità sanitaria. 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 ed ha inoltre avviato le interlocuzioni con la Regione Abruzzo, attraverso un incontro tenutosi presso l'Assessorato alla Salute della Regione Abruzzo. Proprio con questa Regione si è giunti alla stipula di un accordo di confine in data 31/12/2025.

La Struttura Commissariale intende continuare le azioni di confronto con le Regioni con cui si registrano i maggiori scambi di mobilità, come di seguito rappresentate, al fine di stipulare ulteriori accordi interregionali per il governo della mobilità sanitaria utilizzando lo schema di accordo approvato dal Comitato LEA.

Di seguito, le Regioni con cui si registrano i principali scambi di mobilità.

Regioni di fuga dei molisani per ricoveri - Mobilità Effettiva 2024

Regione / P.A.	Ricoveri in Fuga	Costo Fuga	% Alta Complessità	% Rischio Inappropriatezza
ABRUZZO	3.017	10.084.215 €	12,1%	15,3%
LAZIO	2.007	7.329.759 €	14,3%	9,8%
PUGLIA	873	4.678.258 €	17,0%	9,0%
LOMBARDIA	723	4.444.625 €	32,6%	12,0%
EMILIA-ROMAGNA	892	4.442.115 €	27,1%	16,6%
CAMPANIA	1.215	3.913.031 €	10,9%	10,2%
MARCHE	354	1.584.589 €	21,2%	11,3%
VENETO	225	1.125.437 €	25,3%	12,9%
OSPEDALE B. GESU'	714	953.384 €	2,1%	7,6%
Altre regioni	405	1.618.907 €	13,3%	16,8%
Totale	10.430	40.174.320 €	15,6%	12,2%

Regioni di attrazione in Molise per ricoveri - Mobilità Effettiva 2024

Regione / P.A.	Ricoveri in Attrazione	Ricavi	% Volumi pub	% Volumi priv
CAMPANIA	6.655	34.823.518,00 €	6,7%	93,3%
LAZIO	2.177	10.065.136,09 €	3,5%	96,5%
PUGLIA	1.358	5.952.857,44 €	15,7%	84,3%
ABRUZZO	874	4.164.151,31 €	25,7%	74,3%
CALABRIA	207	1.251.718,83 €	1,4%	98,6%
BASILICATA	124	506.913,29 €	5,6%	94,4%
Altre Regioni	185	813.256,55 €	20,0%	80,0%
Totale	11.580	57.577.551,51 €	8,7%	91,3%

La mobilità passiva si configura prevalentemente come mobilità di confine: circa 7 ricoveri su 10 avvengono verso regioni limitrofe. La fuga risulta bilanciata tra strutture pubbliche e private.

Sul fronte della mobilità attiva, circa 8 ricoveri su 10 sono attratti da strutture private accreditate, principalmente per la MDC 1 (malattie e disturbi del sistema nervoso). Il DRG con i maggiori volumi è il DRG 500 – interventi su dorso e collo, eccetto artrodesi vertebrale senza CC (MDC 8). L’attrazione proviene prevalentemente dalla Campania. Nel complesso, il 23,2% dell’intero fabbisogno risulta soddisfatto da una regione di confine. Tale valore cresce sensibilmente se si considerano specifiche MDC (12, 10 e 23), per le quali quasi la metà del fabbisogno è coperta da regioni confinanti.

Si riportano di seguito i valori della mobilità, passiva e attiva, per prestazioni di specialistica ambulatoriale, per Regione di fuga/attrazione.

Specialistica ambulatoriale - 2024

Regioni di Fuga	Costi
ABRUZZO	2.902.309 €
LAZIO	2.165.069 €
CAMPANIA	1.385.030 €
PUGLIA	1.092.180 €
LOMBARDIA	990.528 €
EMILIA-ROMAGNA	646.808 €
Altre regioni	976.271 €
Totale	10.158.195 €

Regioni attratte	Ricavi
CAMPANIA	18.986.695 €
LAZIO	11.570.175 €
ABRUZZO	4.619.850 €
PUGLIA	3.649.776 €
Altre regioni	1.382.704 €
Totale	

13.2.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 13.2.1 Sottoscrizione degli accordi interregionali bilaterali in materia di mobilità sanitaria

Azione 13.2.1.1 Stipula degli accordi bilaterali per il governo della mobilità sanitaria secondo lo schema di accordo approvato dal Comitato LEA

Indicatore 13.2.1.1 DCA

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 stipula degli accordi bilaterali per il governo della mobilità sanitaria secondo lo schema di accordo approvato dal Comitato LEA	31/12/2026 31/12/2027 31/12/2028	DCA	Stipula dell’Accordo con almeno le 3 Regioni con cui si registrano i maggiori scambi		
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".

DCA n. 200 del 30/12/2025 - Piano Attuativo della Certificabilità (PAC). Integrazione al DCA n.20 del 28/02/2018. È stato approvato "Piano Attuativo della Certificabilità del Bilancio" contenente la riprogrammazione delle scadenze per le azioni relative alle macroaree "Azienda", "Gestione Sanitaria Accentrata", "Consolidato".

14.1 Contabilità analitica

14.1.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

È stato implementato un sistema di contabilità analitica, denominato SIRMEC, quale strumento a supporto del processo di programmazione e controllo a livello aziendale e della Governance del Sistema Sanitario Regionale.

Tale sistema è stato implementato così da poter fornire, a seguito di un corretto processo strutturato di acquisizione dei dati, un'elaborazione ed esposizione di costi e ricavi 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 sono stati effettuate le seguenti 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.

Un processo in corso di aggiornamento e miglioramento continuo è quello afferente alla "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, proprio per l’importanza e la centralità di questo modello è in corso un aggiornamento e miglioramento dello stesso per integrare le ultime logiche e sfide definite dalla missione 6 del PNRR.

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.

In ordine alle azioni intraprese per il raggiungimento della soglia di accettabilità degli obiettivi sul sistema di CO.AN. si specifica che già nel corso del 2024 sono state compiutamente realizzate alcune attività che consentono di "valorizzare" il sistema di contabilità analitica interno dell'ASREM. In particolare:

- è stato approvato il piano dei driver di ribaltamento aziendale e, sulla scorta dello stesso, sono state ultimate le attività di ribaltamento dei costi generali e comuni che consentono di prevenire ad un conto economico di UO a "costo pieno";
- la reportistica per UO perviene alla quantificazione anche degli scambi interni di prestazioni (ricoveri, laboratorio/anatomia patologica, diagnostica per immagini, consulenze), valorizzate economicamente quali partite di scambio interne (costi e ricavi reciproci tra UO)
- l'attività ospedaliera viene rappresentata anche in relazione alla quota di attività territoriale svolta all'interno delle strutture, attraverso la quantificazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale svolta
- è in corso di implementazione un sistema integrato che consente di arrivare alla compilazione dei modelli LA/CP attraverso le regole impiegate per l'elaborazione della reportistica per UO.

Il Programma Operativo 2026-2028 avrà l’obiettivo di dare completa attuazione al percorso già avviato nel precedente documento programmatico.

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, nell'anno 2018, 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".

In tal senso, si richiama la Deliberazione del Direttore Generale dell'ASReM n. 1606 del 29 dicembre 2022 con la quale sono state approvate le seguenti procedure amministrativo-contabili:

- Gestione delle Immobilizzazioni;
- Gestione del Contenzioso;
- Gestione dei Contributi;
- Gestione delle Chiusure Contabili;
- Gestione delle Circolarizzazioni a clienti e fornitori;
- Gestione delle attività di riconciliazione dei crediti e di valutazione periodica del rischio di inesigibilità;
- Gestione del Magazzino;
- Gestione Tesoreria;
- Gestione Casse Aziendali;
- Gestione delle Entrate proprie;
- Gestione Acquisti di beni e servizi;
- Gestione del Personale;
- Prestazioni sanitarie da privato;
- Gestione del Patrimonio Netto;

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, ritiene opportuno rimodulare le scadenze previste e ridefinire il Cronoprogramma "PAC" traslando le attività non ancora concluse.

Il Programma Operativo si pone quindi l'obiettivo di garantire il pieno completamento delle attività già definite ed avviate nel precedente documento programmatico, 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.

DCA n. 200 del 30/12/2025 - Piano Attuativo della Certificabilità (PAC). Integrazione al DCA n.20 del 28/02/2018. È stato approvato "Piano Attuativo della Certificabilità del Bilancio" contenente la riprogrammazione delle scadenze per le azioni relative alle macroaree "Azienda", "Gestione Sanitaria Accentrata", "Consolidato".

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: Relazione trimestrale di accompagnamento al PAC al fine di verificare lo stato di avanzamento delle singole azioni

Indicatore 14.2.1.1: Relazione

Azione 14.2.1.2: Conclusione delle attività previste nel PAC

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 Relazione trimestrale di accompagnamento al PAC che consenta di verificare lo stato di avanzamento delle singole azioni	30/06/2026	Relazione			
	14.2.1.2 Conclusione delle attività previste nel PAC	31/12/2026	Relazione			
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, 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".

Nell'ambito del Programma Operativo 2026-2028, la Regione Molise si pone l'obiettivo di proseguire e raggiungere il pieno completamento delle attività già avviate nel precedente documento programmatico 2023-2025 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.

I ritardi nei tempi di pagamento sono dovuti alle ingenti perdite pregresse. Al fine di risolvere tale problematica si utilizzeranno le risorse destinate alla copertura del disavanzo pregresso, di cui alla legge n. 199/2025 e al piano di copertura della Regione, attraverso le quali si procederà alla regolarizzazione dei debiti pregressi, anche attraverso accordi transattivi, per tornare quindi progressivamente, ad una gestione ordinaria dei pagamenti.

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 Monitoraggio e rilevazione periodica di cause ostative al rispetto dei tempi di pagamento

Indicatore 14.3.1.1 Report

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 Monitoraggio e rilevazione periodica di cause ostative al rispetto dei tempi di pagamento	Report trimestrale	Report ASReM e GSA			
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 predetta somma di € 13.612.916, risulta completamente impegnata nel bilancio regionale e trasferita dalla cassa ordinaria della Regione Molise al tesoriere sanità come di seguito si rappresenta:

- € 1.023.968 impegnati sul capitolo di spesa 34404 del bilancio regionale anno 2021 con determina n. 165/2021 e determina n.197/2021. Tale importo è stato trasferito dal bilancio regionale alla GSA con Det. n. 1295 del 07/03/2022.
- € 4.000.000 impegnati sul capitolo di spesa 34404 del bilancio regionale anno 2022 con determina n.197/2021. Tale importo è stato trasferito dal bilancio regionale alla GSA con Det. n. 1972 del 06/04/2022.
- € 4.000.000 impegnati sul capitolo di spesa 34404 del bilancio regionale anno 2023 con determina n.197/2021. Tale importo è stato trasferito dal bilancio regionale alla GSA con Det. n. 1061 del 02/03/2023.
- € 4.588.948 impegnati sul capitolo di spesa 34404 del bilancio regionale anno 2024 con determina n.101/2022. Tale importo è stato trasferito dal bilancio regionale alla GSA con Det. n. 1094 del 27/02/2024 mandato 1886/2024.

A fronte dell'avvenuta restituzione da parte del Bilancio ordinario al SSR delle risorse relative alla manovra fiscale, nel corso dell'anno 2024 sono stati chiusi gli adempimenti 2015-2016, e sbloccate le premialità pari a circa 30 €/mln.

Nel 2024 inoltre è stata condotta una ricognizione dei trasferimenti di cassa relativi alla fiscalità dal bilancio regionale al SSR riferita agli anni 2015-2021, da cui è emerso un residuo di risorse ancora da trasferire al SSR pari a 15,6 mln di euro. Tali somme sono state completamente restituite dal conto ordinario della Regione Molise al conto sanità nel corso dell'anno 2025.

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, si rappresenta che nel redigendo Bilancio di previsione regionale 2026-2028 sarà prevista la completa restituzione delle somme nell'anno 2026.

14.4.1 Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 14.4.1: Recupero delle somme relative a fiscalità pregressa e L.210/92

Azione 14.4.1.1: Impegno e trasferimento sul Bilancio regionale delle somme afferenti alla L.210/92

Indicatore 14.4.1.1: Provvedimento Regionale

Obiettivo 14.4.2: Monitoraggio semestrale delle risorse destinate al SSR, incassate dal bilancio ordinario e del relativo trasferimento al SSR

Azione 14.4.2.1: Monitoraggio semestrale delle risorse destinate al SSR, incassate dal bilancio ordinario e del relativo trasferimento al SSR

Indicatore 14.4.2.1: Report semestrale

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 e L.210/92	14.4.1.1 Impegno e trasferimento dell'importo relativo alla L.210/92	31/12/2026	Provvedimento Regionale	Si/no		
14.4.1.2 Monitoraggio semestrale delle risorse destinate al SSR, incassate dal bilancio ordinario e del relativo trasferimento al SSR	14.4.1.2 Monitoraggio semestrale delle risorse destinate al SSR, incassate dal bilancio ordinario e del relativo trasferimento al SSR	A partire dal 30/06/2026	Report semestrale	Si/no		
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute Servizio Bilancio Regione Molise						

15 Coperture debito pregresso

In merito alle coperture del debito pregresso si rinvia a quanto previsto dall'articolo 1 della Legge 30 dicembre 2024, n. 207, comma 383-bis (integrato dal comma 871, della Legge 30 dicembre 2025, n. 199) il quale prevede che *“Entro il 28 febbraio 2026 la regione Molise adotta il piano finalizzato a coprire, entro il 31 dicembre 2027, il disavanzo sanitario residuo.”*

In merito alla copertura delle perdite non coperte riferite agli anni 2024 e 2025, sono in corso interlocuzioni tra la Regione Molise e i Ministeri di riferimento al fine di individuare le modalità di copertura.

16 Trasferimento dell'Ospedale Cardarelli nel Compendio Immobiliare "Centro di Alta Tecnologia di Campobasso", sito in Campobasso, Largo Agostino Gemelli 1

L'Ospedale Cardarelli di Campobasso, DEA di I livello, rappresenta il maggiore ospedale pubblico del Molise, situato al centro del territorio regionale e pertanto raggiungibile in tempi omogenei da tutta la regione. L'immobile in cui insiste l'attuale struttura sanitaria necessita di significativi interventi di adeguamento strutturale e di un profondo rimodellamento, che richiederebbero ingenti risorse, rispettivamente per ottemperare alle più recenti norme di sicurezza e per migliorare la qualità dei servizi assistenziali e di umanizzazione delle cure.

Nell'area Ospedaliera di Tappino insiste anche il compendio immobiliare in uso al Responsible Research Hospital (di seguito RRH) in Largo Gemelli 1, situato a poche centinaia di metri dall'Ospedale Cardarelli di Campobasso e dal Dipartimento di Medicina e di Scienze per la Salute dell'Università del Molise. L'edificio è stato progettato ed edificato per garantire prestazioni sanitarie con elevati standard qualitativi e svolgere attività di ricerca in sinergia con una *mission* didattica e di ricerca universitaria.

L'Università Cattolica Sacro Cuore è proprietaria del compendio immobiliare, avendone acquistato il terreno ed edificato lo stesso anche con l'apporto di risorse pubbliche (Piano Nazionale Straordinario per investimenti in Sanità, delibera CIPE 3.8.90). L'immobile ha le seguenti destinazioni: ospedaliera, assistenza sanitaria, didattica e ricerca. In data 3.03.2022, l'Università Cattolica ha concesso l'immobile in usufrutto per 18 anni, prima al Gemelli Molise SPA e successivamente a RRH.

Attualmente l'immobile è occupato solo per circa un terzo del volume utile totale, mentre la restante superficie non è adibita ad alcuna attività clinica o di servizi. Il compendio immobiliare è tra gli edifici a destinazione ospedaliera più moderni della regione Molise, costruito secondo criteri di separazione dei percorsi, adeguato alla più recente normativa antisismica, antincendio e di sicurezza.

Presso RRH sono attive le seguenti attività sanitarie, organizzate secondo un modello dipartimentale:

- Dipartimento dei Servizi: Laboratorio, Anatomia Patologica, Radioterapia e Radiodiagnostica, Imaging, Terapia Intensiva;
- Dipartimento di Scienze Cardiovascolari: Chirurgia Cardiovascolare, Laboratori di elettrofisiologia ed aritmologia;
- Dipartimento Oncologico: Chirurgia Generale ed Oncologica, Oncologia e Chirurgia Ginecologica, Oncologia Medica, Onco-ematologia, endoscopia digestiva.

Da segnalare che le attività di ambito Oncologico e Cardiologico sono integrate con l'Università del Molise, in forza di un protocollo di intesa che consente a Docenti Universitari di svolgere attività sanitaria e di dirigere UU.OO ad elevata complessità.

Le caratteristiche dell'immobile, la collocazione, le attività sanitarie svolte, oltre alla già attiva cooperazione con l'Università del Molise, hanno da tempo indotto una riflessione condivisa sull'opportunità di trasferire reparti del Cardarelli nel compendio immobiliare in uso ad RRH.

La Regione Molise aveva già avviato l'analisi del percorso di trasferimento con il Programma Operativo Straordinario 2015-2018 (DCA 52/2016) sottoponendolo ai Ministeri affiancanti (MEF e Ministero della Salute). Nell'ambito del Programma Operativo 2026-2028, in accordo con la Regione e l'Università del Molise, ha inteso riprendere il precedente progetto integrandolo con un cronoprogramma delle attività. Per perseguire tale scopo, è stato attivato dalla Regione Molise (prot. 17740 del 9.02.2026) un tavolo tecnico che supporterà le attività del progetto partendo dall'analisi delle

criticità precedentemente segnalate. Il predetto Tavolo tecnico, attraverso apposite riunioni, sta analizzando le condizioni preliminari al progetto di fattibilità.

Il percorso di trasferimento avrà impatto su quattro separati ambiti:

- riduzione dei costi gestionali per il pubblico, intervenendo sia sulla parte di manutenzione-adeguamento impiantistico;
- razionalizzazione ed ottimizzazione delle cure, perché la coabitazione si tradurrà nella standardizzazione dei processi sanitari e dell'impiego di servizi e di tecnologie.
- riduzione del rischio clinico, per adeguamento tecnologico ed organizzativo;
- riduzione della mobilità passiva, per la attivazione di nuove attività specialistiche e miglioramento dell'attrattività.

Per quanto indicato in premessa, il trasferimento del Cardarelli nel Compendio Immobiliare "Centro Alta Tecnologia di Campobasso", condiviso con RRH e con il coinvolgimento dell'Università del Molise, resta quale obiettivo di primaria importanza per la Struttura Commissariale. Il progetto dovrà essere calibrato per evitare la sovrapposizione di percorsi clinico-assistenziali, rispettando la totale indipendenza dei percorsi amministrativi, dei flussi economici e delle responsabilità che resteranno separati tra pubblico e privato accreditato.

Il progetto esecutivo dettagliato ed analitico della fattibilità, comprensivo di analisi tecnica, economica e gestionale, con gli obiettivi prefissati e le relative tempistiche, sarà il momento fondamentale dell'intervento. La struttura commissariale sarà supportata dal sopracitato tavolo tecnico, che effettuerà azioni mirate a raggiungere i seguenti obiettivi specifici e le azioni correlate con i relativi indicatori di performance:

1. Definizione di un piano di fattibilità giuridica del trasferimento che tenga conto le esigenze di breve e lungo periodo;
2. Analisi della fattibilità tecnica, strutturale ed impiantistica;
3. Definizione di un piano di fattibilità economico-finanziario del progetto,
4. Cronoprogramma degli interventi tecnici;
5. Cronoprogramma dei trasferimenti.

Alla luce delle attività istruttorie e delle valutazioni condotte dal Tavolo Tecnico, i tempi di attuazione si configurano come estesi, nonostante il costante impegno profuso. Si evidenzia che, allo stato attuale, non risultano ancora avviate le procedure di acquisizione della struttura, atto propedeutico a tutte le azioni di programmazione riportate di seguito.

In tale contesto, pur confermandosi l'indirizzo strategico volto al trasferimento del P.O. Cardarelli, è necessario garantire l'erogazione di prestazioni sanitarie adeguate e coerenti con i fabbisogni assistenziali. Pertanto, gli investimenti programmati sull'Ospedale Cardarelli, inclusa l'attivazione della Neuroradiologia e della Radiologia interventistica, si configurano come interventi indispensabili e non differibili, finalizzati al mantenimento e al miglioramento dei livelli essenziali di assistenza.

Le suddette dotazioni, peraltro, presentano caratteristiche di piena trasferibilità e, in caso di esito positivo del progetto, saranno ricollocate presso la struttura RRH unitamente alle attuali attrezzature, assicurando così la valorizzazione degli investimenti effettuati e la loro continuità d'uso nel nuovo assetto organizzativo. In tal modo, si garantisce sia l'appropriatezza dell'impiego delle risorse pubbliche, sia la continuità e la qualità dell'assistenza sanitaria erogata ai pazienti.

Il piano economico sarà disponibile al termine delle sopracitate attività, in via prudenziale pertanto i valori dei modelli programmatici non includono la stima dei risparmi collegati al trasferimento in oggetto.

15.1.1. Obiettivi specifici, azioni correlate e indicatori di performance

Obiettivo 15.1.1: Trasferimento del PO Cardarelli di Campobasso presso il Compendio Immobiliare "Centro di Alta Tecnologia di Campobasso", sito in Campobasso

Azione 15.1.1.1 Elaborazione del piano di fattibilità giuridico formale, tecnica ed economica

Indicatore 15.1.1.1 DCA di adozione del Piano di fattibilità

Azione 15.1.1.2 Cronoprogramma relativo agli interventi strutturali e per il trasferimento graduale delle attività clinico assistenziali

Indicatore 15.1.1.2 DCA di adozione del Cronoprogramma

Azione 15.1.1.3 Avvio del trasferimento

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO						
Obiettivo	Azione	Tempi	Deliverable	Indicatore di Performance	Impatto Economico	Indicatore NSG
15.1.1. Trasferimento del PO Cardarelli di Campobasso presso il Compendio Immobiliare "Centro di Alta Tecnologia di Campobasso", sito in Campobasso	15.1.1.1 Elaborazione del piano di fattibilità giuridico formale, tecnica ed economica	31/12/2026	DCA di adozione del Piano di fattibilità	Si/no		
	15.1.1.2 Cronoprogramma relativo agli interventi strutturali e per il trasferimento graduale delle attività clinico assistenziali	30/06/2027	DCA di adozione del Cronoprogramma	Si/no		
	15.1.1.3 Avvio del trasferimento	01/09/2028				
Responsabile del procedimento attuativo						
Struttura Commissariale Direzione Generale per la Salute DG ASREM						

17 Tendenziali e Programmatici 2026-2028

17.1 Tendenziale 2026-2028

Per il triennio oggetto di analisi del presente documento, l'andamento dei CE Tendenziali stimati dalla Regione presenta il seguente **Risultato Economico (voce G Risultato Economico)** prima delle Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA:

- Tendenziale 2026 in perdita di 61,3 €/mln;
- Tendenziale 2027 in perdita di 67,6 €/mln;
- Tendenziale 2028 in perdita di 70,5 €/mln;

Nei CE Tendenziali 2026-2028 la Regione Molise ha valorizzato la voce AA0080 Contributi da Regione o Provincia Autonoma (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA ricompresa nella macro-voce **H Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA**, per un importo pari a **26,1 €/mln** per singola annualità.

Per tutto ciò premesso, per il triennio oggetto di analisi del presente documento, l'andamento dei CE Tendenziali stimati dalla Regione presenta il seguente **Risultato Economico comprensivo di fiscalità aggiuntiva**:

- Tendenziale 2026 in perdita di 35,2 €/mln;
- Tendenziale 2027 in perdita di 41,5 €/mln;
- Tendenziale 2028 in perdita di 44,4 €/mln;

Per il dettaglio delle macro-voci aggregate, che compongono il Conto Economico, si rimanda alla tabella di seguito riportata che sintetizza l'andamento dei Conti Economici della Regione dal Consuntivo 2022 all'esercizio 2025 (sviluppato sulla base dei dati a Preconsuntivo IV Trimestre 2025) e della stima dei Tendenziali per il triennio 2026-2028:

Tabella 1. Andamento sintetico del Conto Economico dal 2022 al Tendenziale 2028

Andamento sintetico del Conto Economico dal 2022 al Tendenziale 2028								
CE NEW	CONTO ECONOMICO	CONSUNTIVO 2022	CONSUNTIVO 2023	CONSUNTIVO 2024	IV TRIM 2025	TENDENZIALE 2026	TENDENZIALE 2027	TENDENZIALE 2028
A	Totale Ricavi Netti	688.305	684.401	699.872	718.765	748.635	755.594	761.764
B	Totale Costi Interni	457.870	455.831	484.274	502.484	514.577	525.564	532.331
C	Totale Costi Esterni	257.109	256.188	268.249	272.309	277.618	279.845	282.174
D	Totale Costi Operativi (B+C)	714.979	712.018	752.522	774.793	792.195	805.409	814.505
E	Margine Operativo (A-D)	(26.674)	(27.618)	(52.650)	(56.027)	(43.559)	(49.815)	(52.740)
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	12.336	14.231	(23.944)	19.934	17.792	17.792	17.792
G	Risultato Economico (E-F)	(39.010)	(41.848)	(28.706)	(75.962)	(61.351)	(67.607)	(70.532)
H	Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	20.472	22.274	24.733	25.490	26.122	26.122	26.122
I	Risultato Economico con risorse aggiuntive LEA (G+H)	(18.537)	(19.575)	(3.973)	(50.472)	(35.229)	(41.485)	(44.410)

Nel seguito di questa sezione del documento viene riportato il dettaglio delle macro-voci di Ricavo, Costo e Componenti Finanziarie e Straordinarie che sono state oggetto di stima dalla Regione nella costruzione dei CE Tendenziali 2026-2028 e i razionali di calcolo che sottendono alla loro determinazione, con riferimento alle metodologie adottate e alle ipotesi sottostanti che ne guidano l'evoluzione nel triennio considerato.

Ricavi

L'evoluzione tendenziale dei Ricavi netti per il triennio 2026-2028 mostra un valore di 748,6 €/mln per il 2026, 755,6 €/mln per il 2027 e 761,8 €/mln per il 2028.

Tabella 2. Andamento sintetico delle voci di ricavo dal 2022 al Tendenziale 2028

Totale ricavi netti - Andamento sintetico delle voci di ricavo dal 2022 al Tendenziale 2028								
CE NEW	CONTO ECONOMICO	CONSUNTIVO 2022	CONSUNTIVO 2023	CONSUNTIVO 2024	IV TRIM 2025	TENDENZIALE 2026	TENDENZIALE 2027	TENDENZIALE 2028
A1	Contributi F.S.R.	620.453	631.788	652.180	672.769	704.379	709.229	713.595
A2	Saldo Mobilità	33.411	43.415	25.746	18.119	18.218	18.218	18.218
A3	Entrate Proprie	46.071	20.913	27.889	31.938	26.014	26.597	27.257
A4	Saldo Intramoenia	707	292	388	315	315	315	315
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	(3.830)	(2.312)	(1.006)	(621)	(621)	(621)	(621)
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	(8.507)	(9.696)	(5.324)	(3.755)	332	1.857	3.000
A	Totale Ricavi Netti	688.305	684.401	699.872	718.765	748.635	755.594	761.764

Di seguito viene riportato il dettaglio delle singole macro-voci di Ricavo che sono state oggetto di stima nella costruzione dei CE Tendenziali 2026-2028 e i razionali di calcolo che sottendono alla loro determinazione, con riferimento alle metodologie adottate e alle ipotesi sottostanti che ne guidano l'evoluzione nel triennio considerato.

Tabella 3. Andamento sintetico dei Contributi FSR dal IV Trimestre 2025 al Tendenziale 2028

Contributi FSR - Andamento sintetico dei Contributi FSR dall'esercizio 2025 al Tendenziale 2028								
CE NEW	CONTO ECONOMICO	IV TRIM 2025	TENDENZIALE 2026	TENDENZIALE 2027	TENDENZIALE 2028	2026T/2025	2027T/2026T	2028T/2027T
A1.1	Contributi F.S.R. indistinto	654.904	686.371	691.221	695.587	31.467	4.850	4.367
A1.2	Contributi F.S.R. vincolato	17.866	18.008	18.008	18.008	143	-	-
A1	Contributi F.S.R.	672.769	704.379	709.229	713.595	31.610	4.850	4.367

A1 Contributi FSR. La voce in oggetto è stata stimata nei CE Tendenziali per un importo pari a 704,4 €/mln nel 2026, 709,2 €/mln nel 2027 e 713,6 €/mln nel 2028. Si rileva un incremento di 31,6 €/mln tra il 2026 e il IV Trim 2025, un incremento di 4,8 tra il 2027 e il 2026, un incremento di 4,4 €/mln tra il 2028 e il 2027.

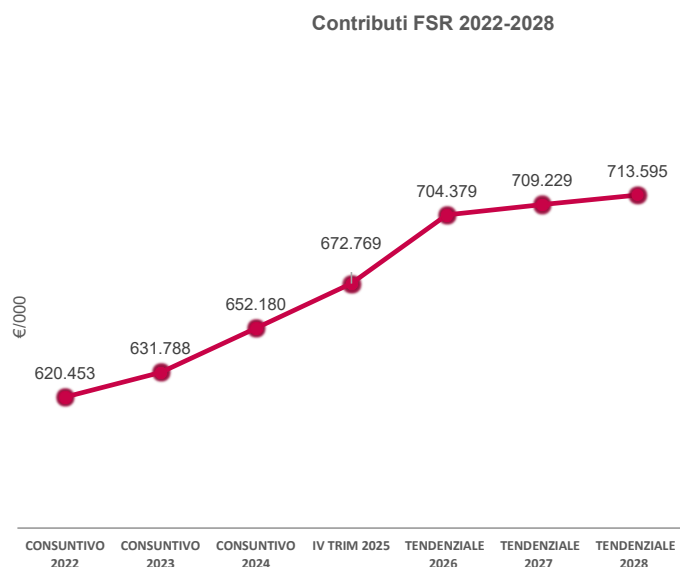


Figura 1. Contributi FSR dal 2022 al Tendenziale 2028

La voce A1.1 Contributi F.S.R. indistinto è stata stimata per il CE Tendentiale 2026 sulla base di quanto disposto dalle seguenti disposizioni normative:

- Legge n. 213 del 2023 – art. 1 comma 217 - Il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è incrementato di 3.000 milioni di euro per l'anno 2024, 4.000 milioni di euro per l'anno 2025 e 4.200 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, anche per le finalità di cui ai commi da 29 a 31, da 218 a 233, 235, da 244 a 246, 362 e 363. Il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è ridotto di 84 milioni di euro per l'anno 2033, 180 milioni di euro per l'anno 2034, 293 milioni di euro per l'anno 2035 e 340 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2036.
- Legge n. 207 del 2024 – art. 1 comma 273 - Il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è incrementato di 1.302 milioni di euro per l'anno 2025, di 5.015,4 milioni di euro per l'anno 2026, di 5.734,4 milioni di euro per l'anno 2027, di 6.605,7 milioni di euro per l'anno 2028, di 7.667,7 milioni di euro per l'anno 2029 e di 8.840,7 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2030, anche per le finalità di cui ai commi da 121 a 123, da 128 a 131, da 300 a 302, 308, 312 e 313, 323, 326, 332, 336 e 337, da 350 a 353, 358 e 359, 365 e 366.
- Legge n.199 del 2025 - art. 1 comma 333 - Il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è incrementato di 2.382,2 milioni di euro per l'anno 2026, 2.631 milioni di euro per l'anno 2027 e 2.633,1 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2028, anche per le finalità di cui ai commi da 334 a 409. Pertanto, sulla base degli incrementi sopra esposti, si è provveduto a stimare il fondo indistinto 2026 in maniera proporzionale rispetto a quanto riconosciuto alla Regione Molise nell'ultimo atto di riparto 2025.

In considerazione dell'incremento delle disponibilità (rispetto all'anno 2025) per il finanziamento del SSN previsto di 6.293,4 €/mln per l'anno 2026 e 7.263,4€/mln per l'anno 2027 e 8.136,7 €/mln per l'anno 2028 si stima un incremento del fondo sanitario rispetto al 2025 pari a circa 31,5 €/mln per l'anno 2026 e 36,3 €/mln per l'anno 2027 e 40,7 €/mln per l'anno 2028.

Si riporta di seguito una tabella esplicativa che riporta in dettaglio i razionali di calcolo utilizzati per la stima del fondo sanitario indistinto per i suddetti modelli tendenziali.

Cod.	Leggi di bilancio	2026	2027	2028
A	FSR 2025 Regione Molise	654.903.678	654.903.678	654.903.678
B	di cui legge bilancio 2024 LEGGE 30 dicembre 2023, n. 213 art.1 comma 217 (INCREMENTI RISPETTO AL 2025)	200.000.000	200.000.000	200.000.000
C	Legge 30 dicembre 2024 , n. 207 art 1 comma 273	3.713.400.000	4.432.400.000	5.303.700.000
D	legge di bilancio 2026	2.380.000.000	2.631.000.000	2.633.000.000
E=B+C+D	Totale incremento FSN da Legge di Bilancio	6.293.400.000	7.263.400.000	8.136.700.000
F=E*0,5%	Incremento stimato sulla base della quota di accesso	31.467.000	36.317.000	40.683.500
G=A+F	Totale FSN	686.370.678	691.220.678	695.587.178

La voce A1.2 Contributi F.S.R. Vincolato è stata riportata di pari valore all'Allegato A "Stanziamiento 2025" trasmesso dal ministero risultante pari a 18 €/mln, come da ultime intese di riparto per l'esercizio 2025, non prevedendo incrementi negli anni nel presupposto che gli stessi fossero già ricompresi nella stima in incremento del fondo indistinto.

Tabella 3. Andamento sintetico del Saldo Mobilità dal IV Trim. 2025 al Tendentiale 2028

		Saldo mobilità						
CE NEW	CONTO ECONOMICO	IV TRIM 2025	TENDENZIALE 2026	TENDENZIALE 2027	TENDENZIALE 2028	2026T/2025	2027T/2026T	2028T/2027T
A2.1	Saldo mobilità in compensazione infra	-	-	-	-	-	-	-
A2.2	Saldo mobilità non in compensazione infra	-	-	-	-	-	-	-
A2.3	Saldo mobilità in compensazione extra	18.590	18.590	18.590	18.590	-	-	-
A2.4	Saldo mobilità non in compensazione extra	(98)	-	-	-	98	-	-
A2.5	Saldo infragruppo regionale	-	-	-	-	-	-	-
A2.6	Saldo mobilità internazionale	(372)	(372)	(372)	(372)	-	-	-
A2	Saldo Mobilità	18.119	18.218	18.218	18.218	98	-	-

A2 Saldo Mobilità. La voce in oggetto è stata stimata nei CE Tenzionali per un importo pari a 18,2 €/mln per ogni annualità del triennio di riferimento ed è stata posta pari a quanto riconosciuto alla Regione nella tabella C dell'Intesa di riparto 2025. Nella voce *A2.3 Saldo mobilità in compensazione extra* risulta iscritto un saldo pari a 18,6 €/mln, mentre nella voce *A2.6 Saldo mobilità internazionale* risulta iscritto un saldo pari a – 0,4 €/mln.

Saldo mobilità 2022-2028

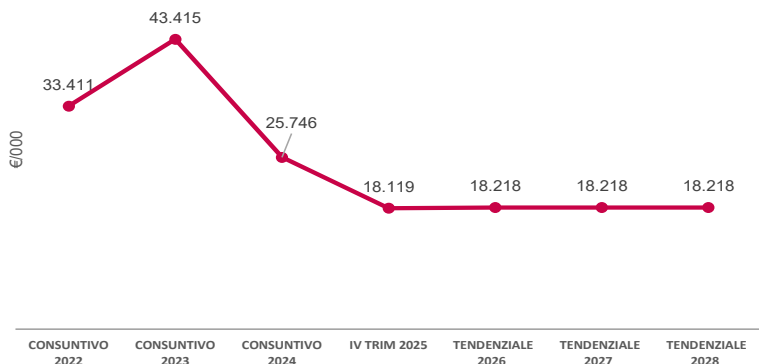


Figura 2. Saldo Mobilità dal 2022 al Tendentiale 2028

		Entrate proprie						
CE NEW	CONTO ECONOMICO	IV TRIM 2025	TENDENZIALE 2026	TENDENZIALE 2027	TENDENZIALE 2028	2026T/2025	2027T/2026T	2028T/2027T
A3.1	Ulteriori Trasferimenti Pubblici	7.399	530	530	530	(6.869)	-	-
A3.2	Ticket	6.376	6.902	7.485	8.146	526	583	660
A3.3	Altre Entrate Proprie	18.164	18.582	18.582	18.582	418	(0)	-
A3	Entrate Proprie	31.938	26.014	26.597	27.257	(5.925)	583	660

Tabella 4. Andamento sintetico delle Entrate Proprie dal IV Trim 2025 al Tendentiale 2028

A3 Entrate Proprie. La voce in oggetto è stata stimata nei CE Tenzionali per un importo pari a 26 €/mln nel 2026, 26,6 €/mln nel 2027 e 27,3 €/mln nel 2028. Si rileva un decremento di 5,9 €/mln tra il 2026 e il IV Trim 2025, un incremento di 0,6 €/mln tra il 2027 e il 2026, un incremento di 0,7 €/mln tra il 2028 e il 2027.



Figura 3. Entrate Proprie dal 2022 al Tendentiale 2028

La voce **A3.1 Ulteriori Trasferimenti Pubblici** risulta valorizzata per 0,5 €/mln nel 2026, 2027 e 2028.

Tale macro-voce è stata stimata nei CE Tenzionali con i seguenti razionali:

- Sono stati presi come riferimento i contributi del Ministero della Salute iscritti alla voce AA0141 *“Contributi da Ministero della Salute (extra fondo)”* per l’esercizio 2025 al netto dei finanziamenti PNRR che cesseranno in questo esercizio;

Si riporta di seguito il dettaglio dei contributi riportati nella suddetta voce:

Dettaglio Ricavi AA0141			
Descrizione Contributo	2026	2027	2028
Fondo di cui art.1 comma 585 L 30 dicembre 2018 n.145 (anagrafe vaccinale riparto 0,5 €/mln)	2.443	2.443	2.443
STP: fondi assegnati da Ministero della salute anticipo 2025	12.777	12.777	12.777
fondo per dipendenze patologiche	514.504	514.504	514.504
TOTALE	529.725	529.725	529.725

La voce **A3.2 Ticket** risulta valorizzata per 6,9 €/mln nel 2026, 7,5 €/mln nel 2027 e 8,1 mln nel 2028. Tale stima risulta effettuata sulla base di un incremento medio rilevato nel periodo 2021-2025 pari al +8% annuo.

La voce **A3.3 Altre Entrate Proprie** risulta valorizzata per 18,6 €/mln nel 2026, 2027 e 2028, si riportano di seguito i criteri utilizzati per effettuare tale stima sulle singole voci di CE ministeriale:

- la voce AA0910 *“Pay-back per superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera”* è stimata in 10,9 milioni di euro per ciascuno degli esercizi 2026, 2027 e 2028. La quantificazione è stata effettuata considerando il totale incassato al 31.12.2025 dalla Regione come da ultima determina AIFA n. 1655 del 20.11.2025;
- La voce AA0920 *“Ulteriore Pay-back”* pari a 2,9 €/mln è pari al totale incassato al 31.12.2025;
- I restanti codici min. relativi alle altre entrate proprie sono stati riportati nei CE Tenzionali di pari importo a quanto rilevato a Preconsuntivo 2025.

Tabella 5. Andamento sintetico del Saldo Intramoenia dal IV Trimestre 2025 al Tendentiale 2028

Saldo intramoenia								
CE NEW	CONTO ECONOMICO	IV TRIM 2025	TENDENZIALE 2026	TENDENZIALE 2027	TENDENZIALE 2028	2026T/2025	2027T/2026T	2028T/2027T
A4.1	Ricavi Intramoenia	1.381	1.381	1.381	1.381	-	-	-
A4.2	Costi Intramoenia	1.066	1.066	1.066	1.066	-	-	-
A4	Saldo Intramoenia	315	315	315	315	-	-	-

A4 Saldo Intramoenia. La voce in oggetto è stata stimata nei CE Tenzionali per un importo pari a 0,3 €/mln nel 2026, nel 2027 e nel 2028, pari a quanto contabilizzato a preconsuntivo 2025.

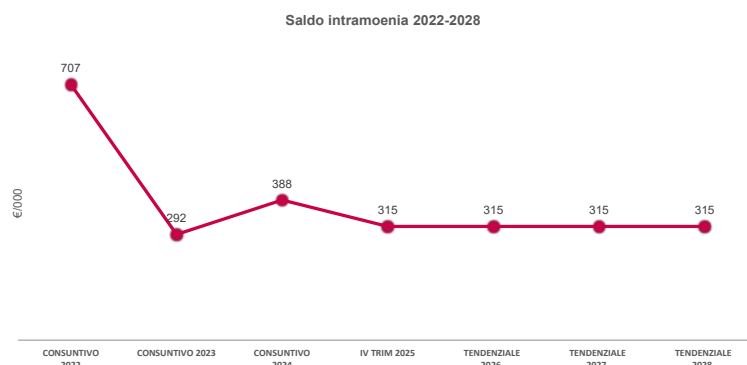


Figura 4. Saldo Intramoenia dal 2022 al Tendenzaie 2028

Tabella 6. Andamento sintetico delle Rettifiche Contrib. c/es per dest. Invest. dal IV Trim 2025 al Tendenzaie 2028

Rettifica contributi in c/esercizio destinazione investimenti								
CE NEW	CONTO ECONOMICO	IV TRIM 2025	TENDENZIALE 2026	TENDENZIALE 2027	TENDENZIALE 2028	2026T/2025	2027T/2026T	2028T/2027T
A5.1	Rettifica contributi F.S.R. per destinazione ad investimenti	(621)	(621)	(621)	(621)	-	-	-
A5.2	Rettifica ulteriori Trasferimenti Pubblici per destinazione ad investimenti	-	-	-	-	-	-	-
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	(621)	(621)	(621)	(621)	-	-	-

A5 Rettifiche Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti. La voce in oggetto è stata stimata nei CE Tenzionali per un importo pari a -0,6 €/mln nel 2026, 2027 e 2028, tale valore riprende quanto contabilizzato da ASReM nel CE IV Trimestre 2025.

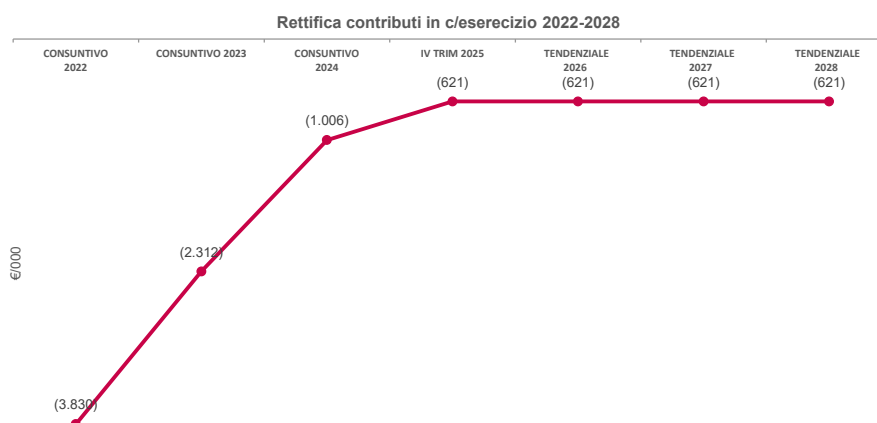


Figura 5. Rettifiche Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti dal 2022 al Tendenzaie 2028

Tabella 7. Andamento sintetico del Saldo per quote inutilizz. contr. vincolati dal IV Trimestre 2025 al Tendenzaie 2028

Saldo quote inutilizzate contributi vincolati								
CE NEW	CONTO ECONOMICO	IV TRIM 2025	TENDENZIALE 2026	TENDENZIALE 2027	TENDENZIALE 2028	2026T/2025	2027T/2026T	2028T/2027T
A6.1	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	13.854	9.550	9.550	9.550	(4.303)	-	-
A6.2	Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizio in corso	17.609	9.219	7.694	6.550	(8.390)	(1.525)	(1.144)
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	(3.755)	332	1.857	3.000	4.087	1.525	1.144

A6 Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati. La voce in oggetto è stata stimata nei CE Tenzionali per un importo pari a 0,3 €/mln nel 2026, 1,9 €/mln nel 2027 e 3 €/mln nel 2028. Tale macro-voce, risulta derivante dal differenziale tra gli utilizzi di fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti e gli accantonamenti per quote

inutilizzate contributi vincolati dell'esercizio in corso. Occorre precisare che tale voce non rileva un andamento omogeneo nei diversi esercizi ed inoltre risulta fortemente influenzata da accadimenti contabili specifici alle volte anche determinati dalle indicazioni ministeriali per singolo esercizio di Bilancio. Pertanto, alla data di predisposizione del presente documento al fine di effettuare una stima del saldo nel triennio è stata presa a riferimento per:

- Le voci AA0271 "Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto finalizzato" e la voce BA2771 "Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. indistinto finalizzato" la media tra gli esercizi 2022-2025 per quanto concerne la voce di utilizzo e un accantonamento pari a 2,3 €/mln nel 2026, 1,9 €/mln nel 2027 e 1,6 €/mln nel 2028 considerando minori accantonamenti a partire dall'esercizio 2026 tenuto conto delle esigenze di allineamento alla programmazione triennale coerente con il fabbisogno atteso e ad una maggiore rendicontazione nell'anno delle risorse relative al recupero delle liste di attesa;
- Le voci AA0280 Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale vincolato, e la voce BA2780 Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. vincolato, la media tra gli esercizi 2022-2025 tenuto conto delle esigenze di allineamento alla programmazione triennale e di una parziale revisione degli utilizzi pari a 6,4 €/mln nel triennio di riferimento e in particolar modo degli accantonamenti pari a 6,4 €/mln nel 2026, 5,2 €/mln nel 2027 e 4,4 €/mln nel 2028 coerentemente con il fabbisogno atteso e ad una maggiore rendicontazione degli obiettivi di piano negli esercizi di riferimento anche in considerazione della sostanziale continuità delle linee di intervento con gli esercizi precedenti;
- Le voci AA0290 Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati e BA2790 Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati, l'importo equivalente alla quota di ricavo registrata nel conto AA0141 Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) – Vincolati più un ulteriore utilizzo relativo alla quota per il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, analisi dei dati e simulazioni (FSE) pari a € 528.630,8 (tale quota è stata inoltre inserita a costo in corrispondenza della voce BA1890 – 'Formazione (esternalizzata e non) da pubblico).

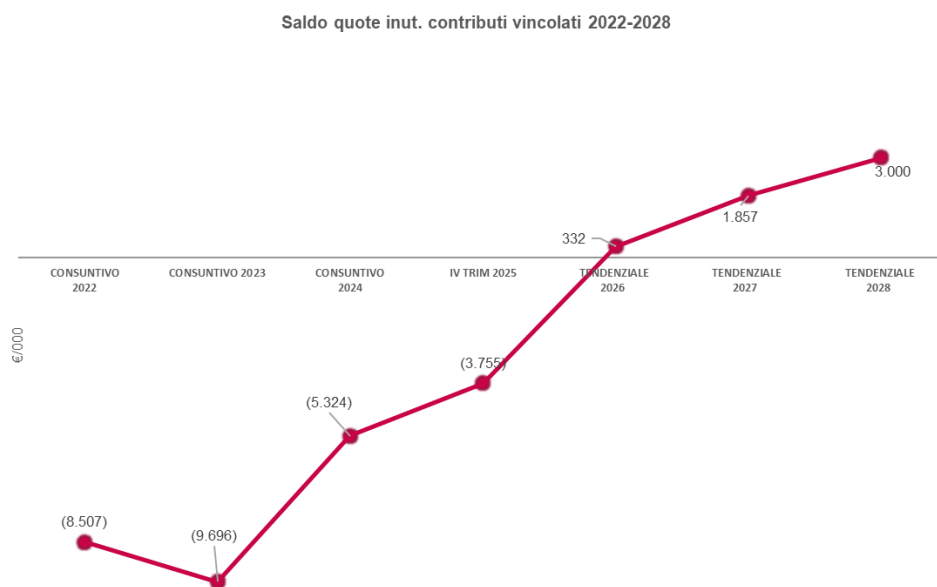


Figura 6. Saldo per quote inutilizz. contr. vincolati dal 2022 al Tendenziale 2028

Costi operativi

L’evoluzione tendenziale dei Costi Operativi per il triennio 2026-2028 mostra un valore di 792,2 €/mln per il 2026, 805,4 €/mln per il 2027 e 814,5 €/mln per il 2028.

Tabella 8. Andamento sintetico delle voci di costo dal 2022 al Tendenziale 2028

Totale costi operativi								
CE NEW	CONTO ECONOMICO	CONSUNTIVO 2022	CONSUNTIVO 2023	CONSUNTIVO 2024	IV TRIM 2025	TENDENZIALE 2026	TENDENZIALE 2027	TENDENZIALE 2028
B1	Personale	173.484	175.300	180.287	182.213	185.568	185.568	185.568
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	76.868	79.424	87.741	91.758	96.686	101.901	107.398
B3	Altri Beni e Servizi	159.181	150.212	150.966	159.612	161.380	162.575	163.846
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	3.194	3.269	3.199	2.923	2.923	2.923	2.923
B5	Accantonamenti	43.725	49.041	64.466	67.658	68.020	72.596	72.596
B6	Variazione Rimanenze	1.419	(1.415)	(2.384)	(1.681)	-	-	-
B	Totale Costi Interni	457.870	455.831	484.274	502.484	514.577	525.564	532.331
C1	Medicina Di Base	46.537	44.332	44.315	42.959	42.959	42.959	42.959
C2	Farmaceutica Convenzionata	41.119	41.472	45.030	46.972	49.103	51.330	53.658
C3	Prestazioni da Privato	169.453	170.384	178.903	182.379	185.557	185.557	185.557
C	Totale Costi Esterni	257.109	256.188	268.249	272.309	277.618	279.845	282.174
D	Totale Costi Operativi (B+C)	714.979	712.018	752.522	774.793	792.195	805.409	814.505

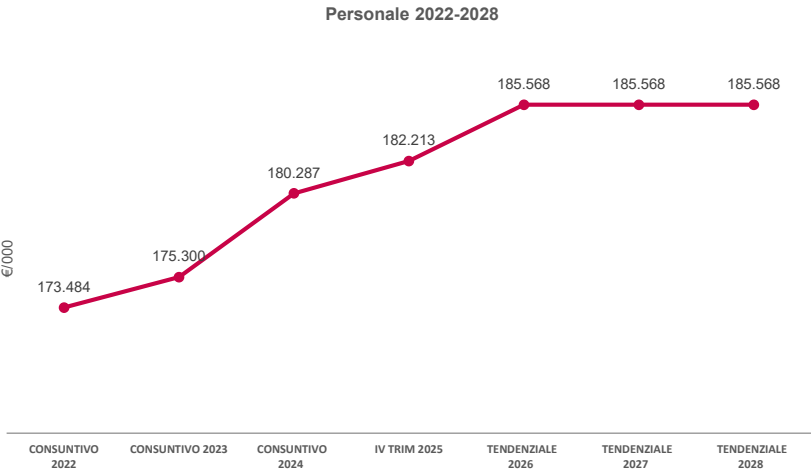
Di seguito viene riportato il dettaglio delle singole macro-voci di Costo che sono state oggetto di stima nella costruzione dei CE Tendenziali 2026-2028 e i razionali di calcolo che sottendono alla loro determinazione, con riferimento alle metodologie adottate e alle ipotesi sottostanti che ne guidano l’evoluzione nel triennio considerato.

Tabella 9. Andamento sintetico della voce di costo Personale dall IV Trimestre 2025 al Tendenziale 2028

Personale								
CE NEW	CONTO ECONOMICO	IV TRIM 2025	TENDENZIALE 2026	TENDENZIALE 2027	TENDENZIALE 2028	2026T/2025	2027T/2026T	2028T/2027T
B1.1	Personale Sanitario	153.586	156.414	156.414	156.414	2.828	-	-
B1.2	Personale Non Sanitario	28.627	29.154	29.154	29.154	527	-	-
B1	Personale	182.213	185.568	185.568	185.568	3.355	-	-

B1 Personale.

La voce in oggetto è stata stimata nei CE Tendenziali per un importo pari a 185,6 €/mln nel 2026, 2027 e 2028. All’interno del costo del personale non sono stati previsti incrementi derivanti dall’eventuale sottoscrizione di CCNL nel triennio di riferimento, in quanto gli stessi sono stati contabilizzati nell’apposita voce di accantonamento.



Il costo complessivo del personale 2026 è stato stimato considerando gli incrementi previsti dalla normativa vigente, stimati sulla base dei razionali di costo esposti di seguito, partendo dall'importo contabilizzato dall'ASRem a preconsuntivo 2025, e trascinati anche per le annualità 2027 e 2028:

	STIMA A CHIUDERE 2025	2026	2026	2.026
	voce di costo incrementali (al netto dell'IRAP)	Personale interessato	Importo unitario	Importo totale
INCREMENTI EX LEGGE DI BILANCIO 2025 (Legge n. 207/2024)	Incremento indennità di specificità medico-veterinaria (art. 1, comma 350, L. n. 207/2024) - (il valore lordo annuo pro-capite stimato in audizione CdC su DDL Legge di Bilancio 2025 è pari a € 420, corrispondente a € 387,10 al netto dell'IRAP, per il 2025 e a € 2749, corrispondente a € 2533,64 al netto dell'IRAP, per il 2026)	532	2.533,64	1.347.896
INCREMENTI EX LEGGE DI BILANCIO 2025 (Legge n. 207/2024)	Incremento indennità di specificità dirigenza sanitaria non medica (art. 1, comma 351, L. n. 207/2024) - (il valore lordo annuo pro-capite stimato in audizione CdC su DDL Legge di Bilancio 2025 è pari a € 369, corrispondente a € 340,09 al netto dell'IRAP, sia per il 2025 che per il 2026)	52	340,09	17.685
INCREMENTI EX LEGGE DI BILANCIO 2025 (Legge n. 207/2024)	Incremento indennità di specificità infermieristica (art. 1, comma 352, L. n. 207/2024) - (il valore lordo annuo pro-capite stimato in audizione CdC su DDL Legge di Bilancio 2025 è pari a € 126, corrispondente a € 116,13 al netto dell'IRAP, per il 2025 e a € 1024, corrispondente a € 943,78 al netto dell'IRAP, per il 2026)	1.398	943,78	1.319.404
INCREMENTI EX LEGGE DI BILANCIO 2025 (Legge n. 207/2024)	Incremento indennità di tutela del malato (art. 1, comma 353, L. n. 207/2024) - (il valore lordo annuo pro-capite stimato in audizione CdC su DDL Legge di Bilancio 2025 è pari a € 95, corrispondente a € 87,56 al netto dell'IRAP, per il 2025 e a € 954, corrispondente a € 879,26 al netto dell'IRAP, per il 2026)	727	879,26	639.222
INCREMENTI EX LEGGE DI BILANCIO 2025 (Legge n. 207/2024)	Trattamenti accessori del personale - area comparto (art. 1, commi 121-127, L. n. 207/2024) - <u>potenziali</u> (previsione art. 64, comma 4, nuovo CCNL: € 71.70 annui pro-capite per unità in servizio al 31.12.2021)	2.427	71,79	174.234
	TOTALE			3.498.442
	TOTALE			0
INCREMENTI EX LEGGE DI BILANCIO 2025 (Legge n. 207/2024)	TOTALE COSTO PERSONALE AL NETTO DELL'IRAP			3.498.442
	STIMA COSTO PERSONALE LEGGE DI BILANCIO 2026 2026 AL NETTO DELL'IRAP			
legge di bilancio 2026	Ulteriore incremento indennità di specificità medico-veterinaria (art. 1 comma 357 Legge Bilancio 199/2026) (art. 69, comma 1, DDL Bilancio 2026) - (il valore lordo annuo pro-capite stimato in audizione CdC su DDL Legge di Bilancio 2026 è pari a € 745 annui, corrispondente a € 686,63 al netto dell'IRAP, a partire dal 2026)	532	686,63	365.287
legge di bilancio 2026	Ulteriore incremento indennità di specificità dirigenza sanitaria non medica (art. 1 comma 359 Legge Bilancio 199/2026) (art. 69, comma3, DDL Bilancio 2026) - (il valore lordo annuo pro-capite stimato in audizione CdC su DDL Legge di Bilancio 2026 è pari a € 503 annui, corrispondente a € 463,59 al netto dell'IRAP, a partire dal 2026)	52	463,59	24.107
legge di bilancio 2026	Ulteriore incremento indennità di specificità infermieristica (art. 1 comma 358 Legge Bilancio 199/2026) (art. 69, comma 2, DDL Bilancio 2026) - (il valore lordo annuo pro-capite stimato in audizione CdC su DDL Legge di Bilancio 2026 è pari a € 701 annui, corrispondente a € 646,08 al netto dell'IRAP, a partire dal 2026)	1398	646,08	903.220
legge di bilancio 2026	Ulteriore incremento indennità di tutela del malato (art. 1 comma 360 Legge Bilancio 199/2026) (art. 69, comma 4, DDL Bilancio 2026) - (il valore lordo annuo pro-capite stimato in audizione CdC su DDL Legge di Bilancio 2026 è pari a € 347 annui, corrispondente a € 319,81 al netto dell'IRAP, a partire dal 2026)	727	319,81	232.502
legge di bilancio 2026	INCREMENTO COSTO PERSONALE SU 2026 PER EFFETTO DELLE DISPOSIZIONE RECAATE DAL DDL BILANCIO 2026			1.525.116
legge di bilancio 2026	TOTALE COSTO PERSONALE 2026 AL NETTO DELL'IRAP <u>comprese previsioni Legge di Bilancio 2026</u>			5.023.558

A tali incrementi sono stati aggiunti e sottratti il costo delle nuove assunzioni e dei pensionamenti 2025 pari rispettivamente a 1,7 €/mln e 3,4 €/mln per un minor costo complessivo pari a -1,7 €/mln.

Si esplicita di seguito il razionale di calcolo utilizzato per la stima dei CE Tenzionali così come sopra descritto (c.f.r parere pag. 21):

Leg.	Descrizione	Importi
a)	INCREMENTI EX LEGGE DI BILANCIO 2025 (Legge n. 207/2024)	3.498.441,95
b)	incrementi legge di bilancio 2026	1.525.115,55
c)	Assunzioni dicembre 2025	1.717.656,00
d)	Pensionamenti dicembre 2025	- 3.386.026,00
e)= a)+b)+c)	totale	3.355.187,50
f)	Totale costo del Personale IV Trim 2025	182.213.095,42
g)=e)+f)	Costo del personale valorizzato nei tendenziali 2026-27-28	185.568.282,92
h) =e)/f)	Incremento % conti di costo tendenziali 2026-27-28	1,8%

Si precisa che l'incremento del 1,8 % è stato applicato uniformemente su tutte le voci che compongono il costo del personale, in considerazione dell'impossibilità in sede tendenziale, di prevedere puntualmente la distribuzione per singole componenti e profili professionali, adottando pertanto un criterio proporzionale sulle diverse poste (c.f.r parere pag. 21).

Tabella 10. Andamento sintetico dei Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati dal IV Trimestre 2025 al Tendenziale 2028

		Prodotti farmaceutici ed emoderivati						
CE NEW	CONTO ECONOMICO	IV TRIM 2025	TENDENZIALE 2026	TENDENZIALE 2027	TENDENZIALE 2028	2026T/2025	2027T/2026T	2028T/2027T
B2.1	Prodotti Farmaceutici con AIC	89.328	94.124	99.201	104.553	4.796	5.077	5.351
B2.2	Prodotti Farmaceutici senza AIC	2.431	2.562	2.700	2.845	131	138	146
B2.3	Emoderivati	-	-	-	-	-	-	-
B2		91.758	96.686	101.901	107.398	4.927	5.216	5.497

B2 Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati. La voce in oggetto è stata stimata nei CE Tendenziali per un importo pari a 96,7 €/mln nel 2026, 101,9 €/mln nel 2027 e 107,4 €/mln nel 2028. Si stima un incremento di 4,9 €/mln tra il 2026 e l'esercizio 2025, un incremento di 5,2 tra il 2027 e il 2026, un incremento di 5,5 €/mln tra il 2028 e il 2027. La stima di crescita per l'intero triennio di riferimento risulta effettuata sulla base di un incremento medio rilevato nel periodo 2019-2024 pari al +5,4% annuo.

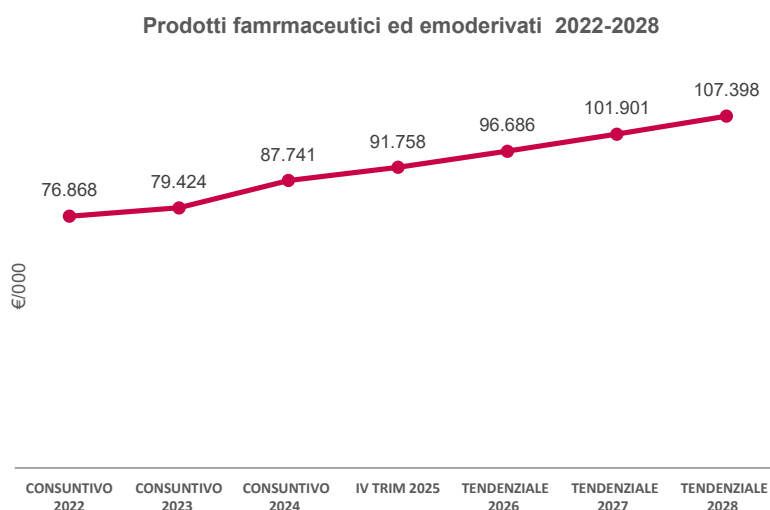


Figura 7. Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati dal 2022 al Tendenziale 2028

Tabella 11. Andamento sintetico dei Beni e Servizi dal IV Trim. 2025 al Tendenziale 2028

		Altri beni e servizi						
CE NEW	CONTO ECONOMICO	IV TRIM 2025	TENDENZIALE 2026	TENDENZIALE 2027	TENDENZIALE 2028	2026T/2025	2027T/2026T	2028T/2027T
B3.1	Altri Beni Sanitari	46.315	47.397	48.511	49.657	1.082	1.114	1.146
B3.2	Beni Non Sanitari	5.464	5.531	5.598	5.665	66	67	68
B3.3	Servizi	107.833	108.452	108.466	108.523	619	15	57
B3	Altri Beni e Servizi	159.612	161.380	162.575	163.846	1.768	1.195	1.271

B3 Altri Beni e Servizi. La voce in oggetto è stata stimata nei CE Tendenziali per un importo pari a 161,4 €/mln nel 2026, 162,6 €/mln nel 2027 e 163,8 €/mln nel 2028. Si stima un incremento di 1,8 €/mln tra il 2026 e l'esercizio 2025, di 1,2 tra il 2027 e il 2026, un incremento di 1,3 €/mln tra il 2028 e il 2027.

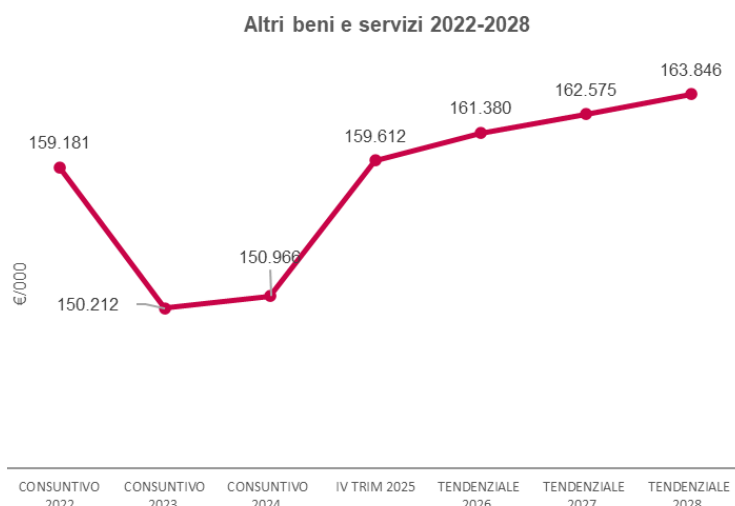


Figura 8. Altri Beni e Servizi dal 2022 al Tendentiale 2028

La voce **B3.1 Altri Beni Sanitari** che accoglie prevalentemente il costo dei Dispositivi medici, è stata iscritta per il triennio di riferimento sulla base di un incremento medio rilevato nel periodo 2020-2025 pari al +2,2% annuo, calcolato sui valori iscritti nell'esercizio 2025. La voce **BA0260 - Materiali per la profilassi (vaccini)** è stata stimata sulla base di un incremento medio rilevato del 5,5%, prendendo come periodo di riferimento il periodo 2020-2024 calcolato sui valori iscritti nell'esercizio 2025. Infine, per le voci residuali è stato preso come riferimento il costo iscritto a IV Trimestre 2025.

La voce **B3.2 Beni Non Sanitari** è stata stimata per l'intero triennio di riferimento applicando un incremento medio rilevato nel periodo 2021-2024 sul totale della voce per l'+1,2% annuo.

La voce **B3.3 Servizi** è stata stimata, sulla base di un approccio integrato che tiene conto, a seconda della natura delle singole componenti, del trascinarsi dei valori di preconsuntivo 2025, di specifiche valutazioni effettuate in coerenza con il fabbisogno atteso e con l'analisi dei costi storici regionali, nonché dell'applicazione di un incremento medio rilevato desunto dalle serie storiche disponibili.

Tabella 12. Andamento sintetico degli Ammortamenti e Costi Capitalizzati dal IV Trimestre 2025 al Tendentiale 2028

CE NEW	CONTO ECONOMICO	IV TRIM 2025	Ammortamenti e costi e capitalizzati					
			TENDENZIALE 2026	TENDENZIALE 2027	TENDENZIALE 2028	2026T/2025	2027T/2026T	2028T/2027T
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	2.923	2.923	2.923	2.923	-	-	-

B4 Ammortamenti e Costi Capitalizzati. La voce in oggetto è stata stimata nei CE Tenziali per un importo pari a 2,9 €/mln, per ogni annualità del triennio di riferimento e sono stati stimati pari a quanto contabilizzato dall'ASReM a IV Trimestre 2025.

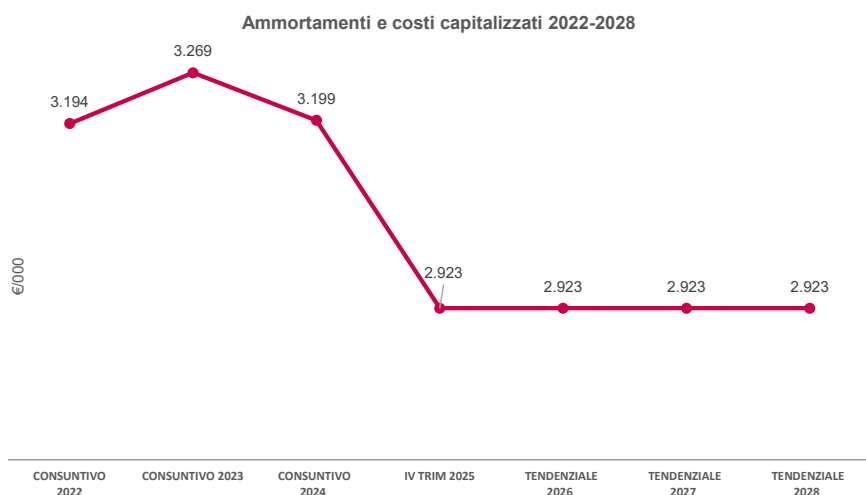


Figura 9. Ammortamenti e Costi Capitalizzati dal Cons. 2022 al Tendenziale 2028

Tabella 13. Andamento sintetico degli Accantonamenti dal IV Trimestre 2025 al Tendenziale 2028

Accantonamenti								
CE NEW	CONTO ECONOMICO	IV TRIM 2025	TENDENZIALE 2026	TENDENZIALE 2027	TENDENZIALE 2028	2026T/2025	2027T/2026T	2028T/2027T
B5.1	Accantonamenti Rischi	58.029	52.886	52.886	52.886	(5.143)	-	-
B5.2	Accantonamenti Sumai (+TFR)	513	513	513	513	-	-	-
B5.3	Accantonamenti per Rinnovi Contrattuali	9.116	14.621	19.197	19.197	5.505	4.576	-
B5.5	Altri Accantonamenti	-	-	-	-	-	-	-
B5	Accantonamenti	67.658	68.020	72.596	72.596	362	4.576	-

B5 Accantonamenti. La voce in oggetto è stata stimata nei CE Tendenziali per un importo pari a 68 €/mln nel 2026 in incremento di 0,3 €/mln rispetto al IV Trim 2025 e 72,6 €/mln nei tendenziali 2027 e 2028 in incremento di 4,6 €/mln rispetto al Tendenziale 2026

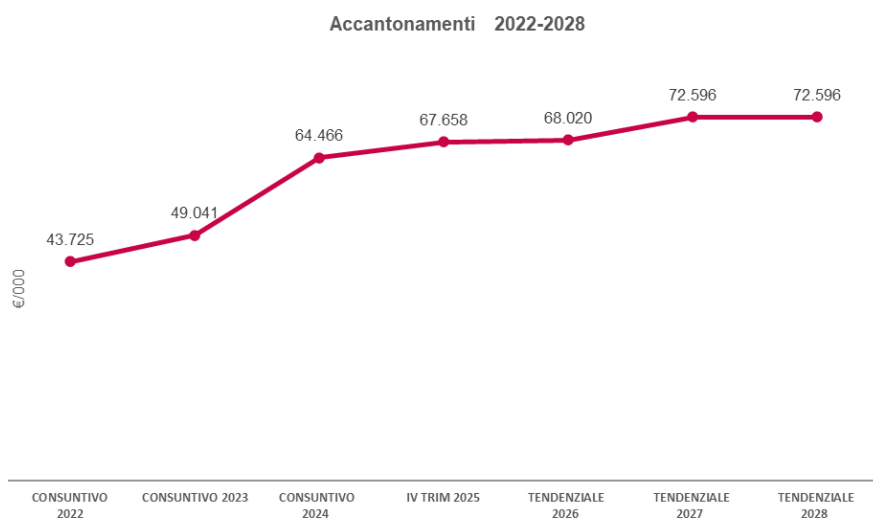


Figura 10. Accantonamenti dal 2022 al Tendenziale 2028

Le voci **B5.1 Accantonamenti Rischi** e **B5.2 Accantonamenti Sumai (+TFR)** sono state stimate nei Tendenziali pari a quanto contabilizzato nell'esercizio 2025 ad eccezione del conto BA2730 "Accantonamenti per rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato" il quale è stato valorizzato per la differenza tra il fatturato delle

strutture private accreditate 2025 relativo alla produzione ospedaliera e specialistica pari a 149,5 €/mln e il tetto di spesa 2025 come da DCA 135/2025 pari a 102,7 €/mln.

La voce **B5.5 Altri Accantonamenti** è stata stimata per l'intero triennio di riferimento, pari a quanto contabilizzato nell'esercizio 2025.

La voce **B5.3 Accantonamenti per Rinnovi Contrattuali** è stata stimata in linea con quanto disposto dall'art. 1, commi 129 e 131 della legge n. 207/2024, per tutte le singole voci, considerando:

- per il triennio contrattuale 2025-2027 l'incremento del 3,6% per l'anno 2026, del 5,40% per il 2027 e per il 2028. Si precisa che non si è ritenuto di recepire la quota di incremento del 1,9 % per l'anno 2028 in quanto ai sensi dall'art. 1, comma 131 per la copertura degli oneri della contrattazione collettiva nazionale relativa al triennio 2028-2030 l'effetto economico è stato considerato neutrale ai fini dell'equilibrio economico-finanziario, in presenza di corrispondenti poste di ricavo.

Tabella 14. Andamento sintetico della Variazione delle Rimanenze dal IV Trim. 2025 al Tendenziale 2028

Variazione di rimanenze								
CE NEW	CONTO ECONOMICO	IV TRIM 2025	TENDENZIALE 2026	TENDENZIALE 2027	TENDENZIALE 2028	2026T/2025	2027T/2026T	2028T/2027T
B6	Variazione Rimanenze	(1.681)	-	-	-	1.681	-	-

B6 Variazione Rimanenze. La voce in oggetto non risulta valorizzata nei CE Tenzionali per il triennio di riferimento.

Variazioni rimanenze 2022-2028

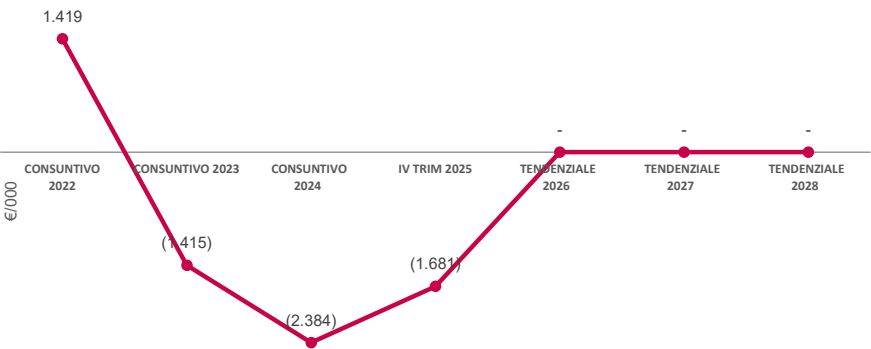


Figura 11. Rimanenze dal 2022 al Tendenziale 2028

Tabella 15. Andamento sintetico della Medicina di Base dal IV Trimestre 2025 al Tendenziale 2028

Medicina di base								
CE NEW	CONTO ECONOMICO	IV TRIM 2025	TENDENZIALE 2026	TENDENZIALE 2027	TENDENZIALE 2028	2026T/2025	2027T/2026T	2028T/2027T
C1	Medicina Di Base	42.959	42.959	42.959	42.959	-	-	-

C1 Medicina Di Base. La voce in oggetto è stata stimata nei CE Tenzionali 2026, 2027 2028 per un importo pari a 42,9 €/mln pari a quanto contabilizzato nell'esercizio 2025.

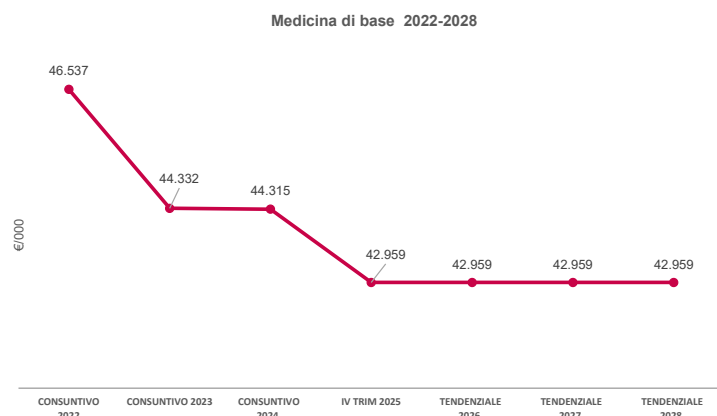


Figura 12. Medicina Di Base dal 2022 al Tendenza 2028

Tabella 16. Andamento sintetico della Farmaceutica Convenzionata dal IV Trimestre 2025 al Tendenza 2028

Farmaceutica convenzionata								
CE NEW	CONTO ECONOMICO	IV TRIM 2025	TENDENZIALE 2026	TENDENZIALE 2027	TENDENZIALE 2028	2026T/2025	2027T/2026T	2028T/2027T
C2	Farmaceutica Convenzionata	46.972	49.103	51.330	53.658	2.131	2.227	2.328

C2 Farmaceutica Convenzionata. La voce in oggetto è stata stimata nei CE Tenziali per un importo pari a 49,1 €/mln nel 2026, 51,3 €/mln nel 2027 e 53,7 €/mln nel 2028. Si stima un incremento di 2,1 €/mln tra il 2026 e l'esercizio 2025, un incremento di 2,2 tra il 2027 e il 2026, un incremento di 2,3 €/mln tra il 2028 e il 2027.

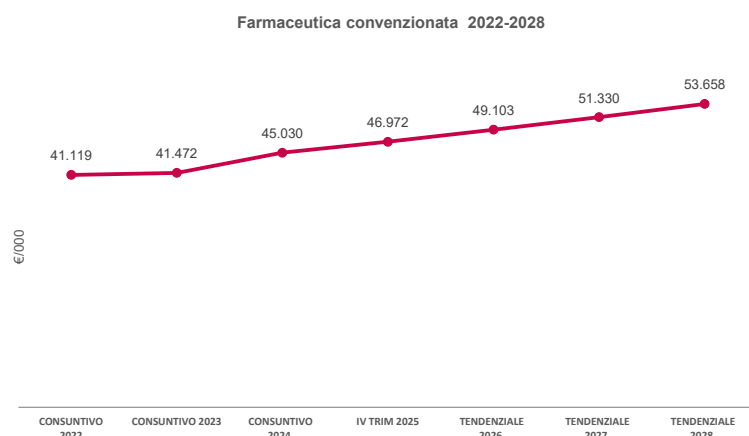


Figura 13. Farmaceutica Convenzionata dal 2022 al Tendenza 2028

La stima di crescita per l'intero triennio di riferimento risulta effettuata sulla base di un incremento medio rilevato nel periodo 2022-2025 pari al + 4,5% annuo.

Tabella 17 Andamento sintetico delle Prestazioni da Privato dal IV Trimestre 2025 al Tendenza 2028

Prestazioni da privato								
CE NEW	CONTO ECONOMICO	IV TRIM 2025	TENDENZIALE 2026	TENDENZIALE 2027	TENDENZIALE 2028	2026T/2025	2027T/2026T	2028T/2027T
C3.1	Prestazioni da Privato - Ospedaliera	61.868	66.630	66.630	66.630	4.762	-	-
C3.2	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale	47.154	45.571	45.571	45.571	(1.583)	-	-
C3.3	Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera	20.759	20.759	20.759	20.759	-	-	-
C3.4	Altre Prestazioni da Privato	52.597	52.597	52.597	52.597	-	-	-
C3	Prestazioni da Privato	182.379	185.557	185.557	185.557	3.178	-	-

C3 Prestazioni da Privato. La macro-voce risulta stimata nei CE Tenzionali 2026, 2027 e 2028 per un importo pari a 185,6 €/mln. Si stima un incremento di 3,2 €/mln tra il 2026 e l'esercizio 2025.

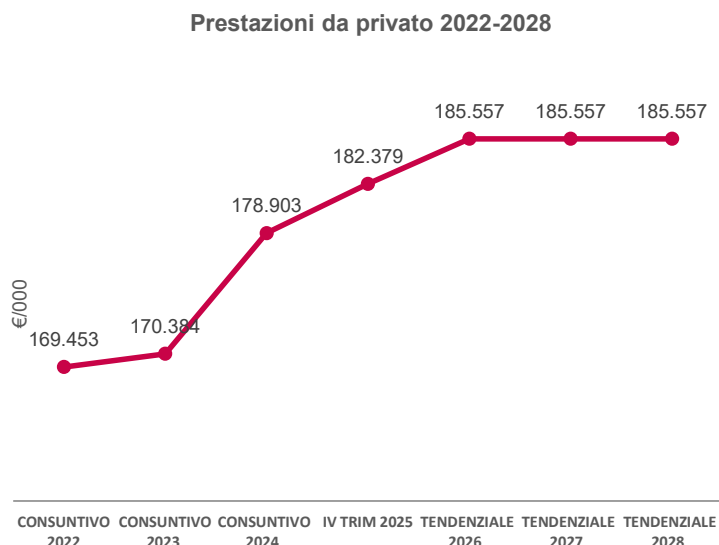


Figura 14. Prestazioni da Privato dal 2022 al Tenzionale 2028

Di seguito si riportano i razionali che hanno determinato la stima effettuata dalla Regione per la definizione della voce C3 Prestazioni da Privato:

- sono stati presi a riferimento:
 - Per l'aggregato C3.1" *Prestazioni da Privato – Ospedaliera*" tutti gli importi dei tetti di budget assegnati ai privati accreditati nel 2025 pari a 66,6 €/mln;
 - Per l'aggregato C3.2 "*Prestazioni da Privato – Ambulatoriale*" tutti gli importi dei tetti di budget assegnati ai privati accreditati nel 2025 pari a 36,1 €/mln;
 - Per gli aggregati C3.2a, C3.3, C3.4, ossia altre tipologie di prestazioni diverse dalle precedenti, tutti i costi iscritti al IV Trimestre 2025, (Prestazioni da Sumaisti, Trasporti Sanitari Da Privato, Assistenza Integrativa e Protesica, Distribuzione di Farmaci e File F da Privato, Trasporti Sanitari Da Privato, ecc).

Per tutto ciò premesso, nelle tabelle di seguito riportate, sono stati ricostruiti i tetti di spesa per le prestazioni ospedaliera e specialista, dettagliate tra Neuromed, Responsible e Accreditati a Gestione ASReM rilevate all'interno dei modelli CE Tenzionali:

Tetto - Situazione al 31.12.2025 (DCA 135/2025)			
Tipologia di assistenza	Budget Neuromed	Budget Responsible	Budget ASReM
€	importi	importi	Importi
Ospedaliera	24.954.000	29.114.000	12.562.000
Residenti	7.723.000	21.351.000	9.680.000
Mobilità Attiva	17.231.000	7.763.000	2.882.000
Specialistica Ambulatoriale	17.500.000	8.256.000	10.319.000
Residenti	7.579.000	7.500.000	6.356.000
Mobilità Attiva	9.921.000	756.000	3.963.000
Totale Privati Neuromed	42.454.000	37.370.000	22.881.000

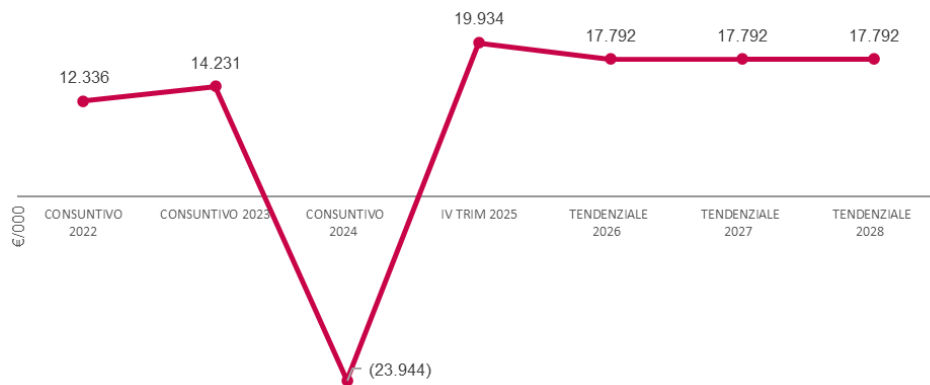
Componenti Finanziarie e Straordinarie

L'evoluzione tendenziale delle Componenti Finanziarie e Straordinarie per il triennio 2026-2028 mostra un valore di 17,8 €/mln per tutte e tre le annualità, si precisa che le componenti straordinarie attive e passive non sono state valorizzate mentre si è tenuto conto dell'incremento dell'IRAP pari al 8,5 % calcolato sull'aumento del costo del personale per tutte e tre le annualità.

Tabella 19 Andamento sintetico delle Componenti finanziarie e straordinarie dal IV Trimestre 2025 al Tendenziale 2028

Totale componenti finanziarie e straordinarie								
CE NEW	CONTO ECONOMICO	CONSUNTIVO 2022	CONSUNTIVO 2023	CONSUNTIVO 2024	IV TRIM 2025	TENDENZIALE 2026	TENDENZIALE 2027	TENDENZIALE 2028
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	-	-	-	-	-	-	-
F2	Saldo Gestione Finanziaria	1.446	1.462	3.024	2.255	1.595	1.595	1.595
F3	Oneri Fiscali	14.265	14.026	14.470	14.262	16.197	16.197	16.197
F4	Saldo Gestione Straordinaria	(3.375)	(1.257)	(41.438)	3.417	-	-	-
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	12.336	14.231	(23.944)	19.934	17.792	17.792	17.792

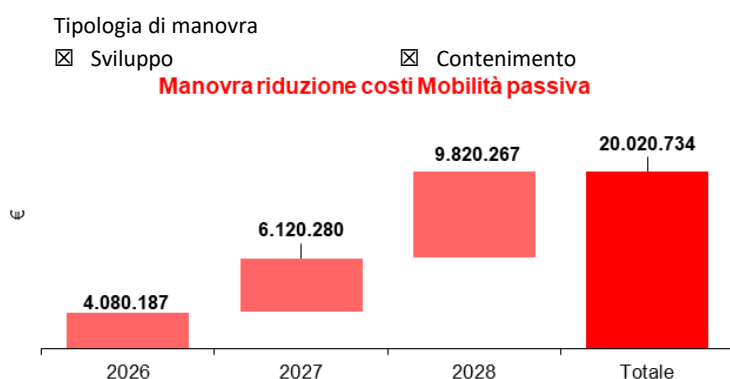
Totale componenti finanziarie e straordinarie 2022-2028



17.2 Manovre

In questa sezione del documento sono riportate in modo schematico, tutte le manovre di contenimento e di sviluppo proposte dai servizi competenti dalla Struttura Commissariale della Regione Molise, che, a partire dalla definizione dei CE Tenzionali 2026-2028, conducono alla formulazione dei CE Programmatici 2026-2028.

Azione di riferimento nel Programma Operativo	
Macro-area	Mobilità
Area	Mobilità Extraregionale Passiva
Obiettivo	Riduzione del costo relativo alla mobilità passiva extraregionale.
Azione	Azioni di riqualificazione dell'offerta sanitaria per la riduzione strutturale della mobilità passiva
Voce di CE	A2 Saldo di Mobilità
Dettagli Manovra	



Impatto Economico Complessivo:

20.020.734 € ☒ in tre anni ☐ al 2028

Trattasi di una manovra sia di contenimento che di sviluppo, la Struttura Commissariale ha previsto un potenziamento delle strutture regionali pubbliche, per garantire una risposta completa e adeguata alle necessità dei pazienti, evitando così che si rivolgano ad altre regioni per ricevere cure, al fine di ridurre i costi sostenuti per mobilità extraregionale passiva.

Per ulteriori dettagli si rimanda al corrispettivo paragrafo di Programmazione sanitaria del presente documento.

Tabella 18 Progressiva riduzione della mobilità extraregionale passiva.

Sebbene gli importi annuali siano con segno positivo, trattasi di manovra sia di contenimento che di sviluppo, in quanto il miglioramento in positivo del saldo di mobilità comporta una riduzione delle voci di costo che lo compongono.

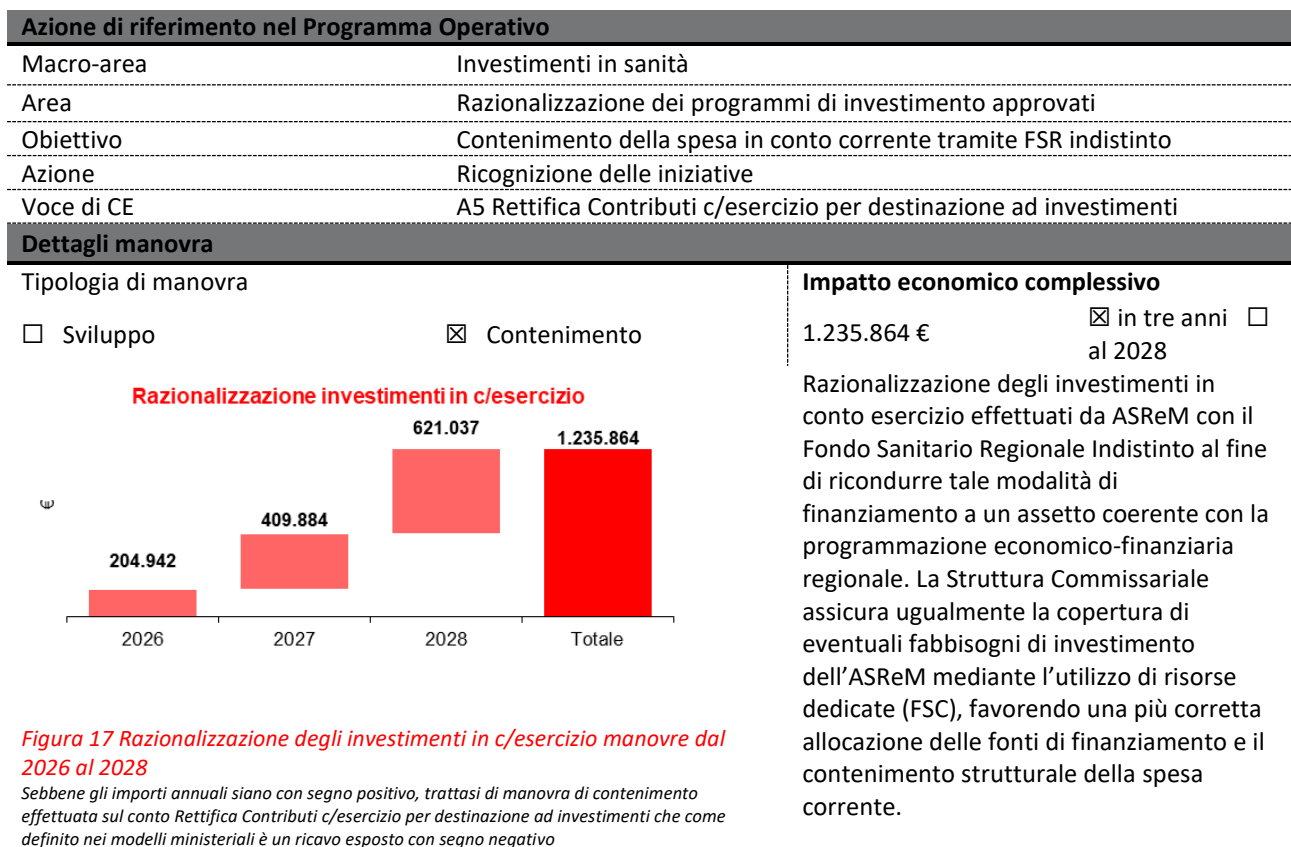


Figura 17 Razionalizzazione degli investimenti in c/esercizio manovre dal 2026 al 2028

Sebbene gli importi annuali siano con segno positivo, trattasi di manovra di contenimento effettuata sul conto Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti che come definito nei modelli ministeriali è un ricavo esposto con segno negativo

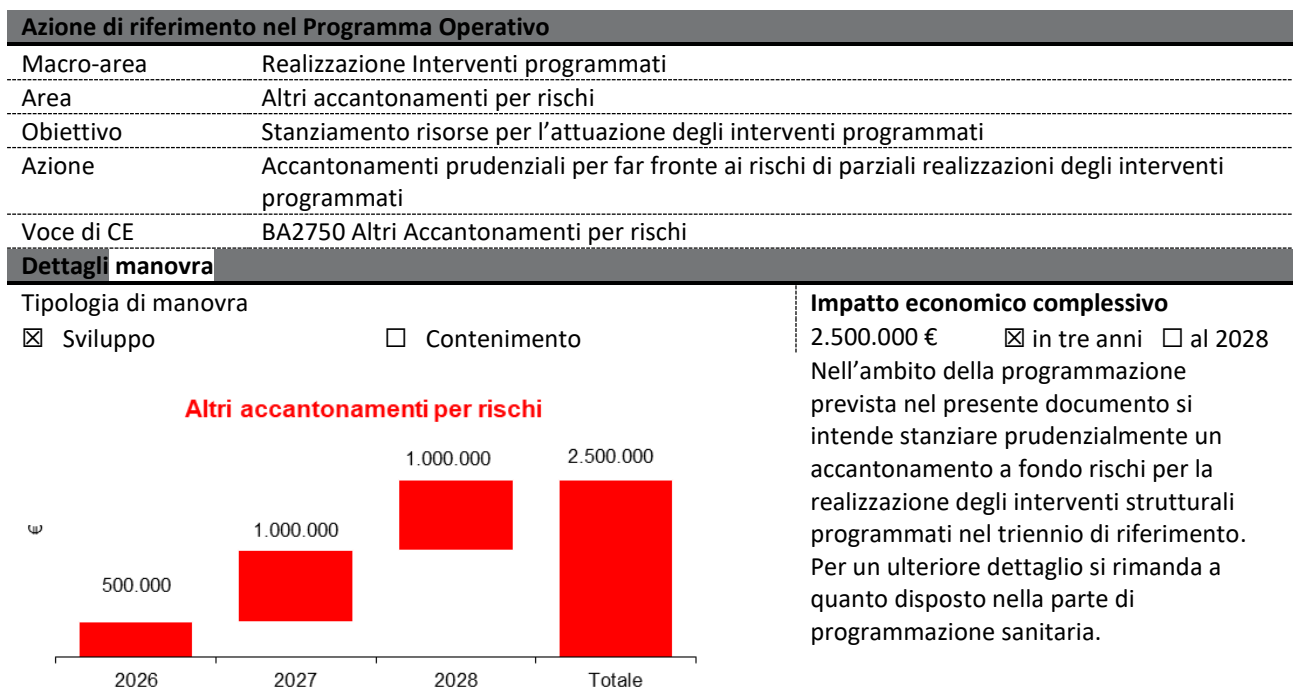


Figura 18. Accantonamenti prudenziali per far fronte alla realizzazione degli interventi programmati

Azione di riferimento nel Programma Operativo	
Macro-area	Assistenza Farmaceutica
Area	Prodotti Farmaceutici ed emoderivati
Obiettivo	Riduzione della spesa per i prodotti farmaceutici ed emoderivati
Azione	Utilizzo di farmaci biosimilari e generici e indizione di nuove gare
Voce di CE	B2 Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati

Dettagli manovra

Tipologia di manovra

☐ Sviluppo

Impatto economico complessivo

18.985.188 € ☒ in tre anni ☐ al 2028

La manovra in oggetto si articola su 5 linee di intervento:

1) L'intervento è basato sull'analisi delle scadenze brevettuali dei principi attivi, desunte da fonti AIFA (*Tab.1 manovre farmaci*), incrociate con i dati di consumo regionali. In corrispondenza delle scadenze previste nel 2026, è stata stimata una progressiva riduzione della spesa a decorrere dal 2027 (*Tab. 2 manovre farmaci*), mediante ricorso a farmaci equivalenti e biosimilari e/o rinegoziazione delle condizioni economiche di acquisto. Analoga dinamica è stata considerata per i principi attivi con scadenza successiva, con effetti economici a partire dall'anno seguente (OCRELIZUMAB). L'intervento determina una riduzione strutturale della spesa farmaceutica nel triennio, in coerenza con le dinamiche di mercato e con i meccanismi di formazione dei prezzi post-brevetto.

2) L'intervento riguarda i principi attivi per i quali la perdita dell'esclusiva brevettuale è già intervenuta (al 2025), per i quali è stata stimata una riduzione della spesa a decorrere dal 2027 (*Tab. 2 Manovre farmaci*), sulla base dell'analisi dei consumi regionali e di benchmark di riferimento relativi a contesti analoghi. La stima tiene conto delle dinamiche di rinegoziazione dei prezzi e del progressivo ricorso a farmaci equivalenti e/o alternative terapeutiche a minor costo, adottando criteri prudenziali nella quantificazione dei risparmi attesi. L'azione contribuisce a una riduzione strutturale della spesa farmaceutica nel triennio di riferimento.

3) L'intervento è basato sull'analisi dei consumi regionali per principio attivo, (*Tab. 3 manovre farmaci*) con individuazione dei casi in cui coesistono farmaci originator e corrispettivi biosimilari già disponibili e utilizzati. In tali ambiti è previsto, a partire dal 2026, un progressivo riequilibrio del mix di acquisto a favore dei biosimilari, mediante azioni di indirizzo prescrittivo e di governo degli

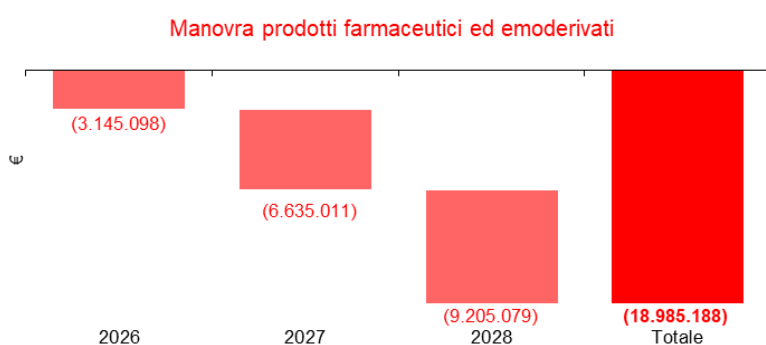


Figura 19. Manovre prodotti farmaceutici ed emoderivati dal 2026 al 2028

acquisti. La stima dei risparmi tiene conto sia dell'incremento tendenziale della spesa farmaceutica del 4,5 % (Cagr) sia della riduzione dei prezzi associata al maggiore utilizzo di alternative a minor costo, determinando un effetto netto di contenimento della spesa nel triennio.

4) L'intervento prevede un progressivo riallineamento della spesa farmaceutica regionale per specifici principi attivi (*Tab. 4 manovre farmaci*), non oggetto di altre misure (di cui sopra), ai livelli medi pro capite nazionali. La stima è effettuata sulla base del confronto tra i consumi regionali e i benchmark di riferimento, con applicazione graduale nel triennio di riferimento. L'azione è finalizzata a ridurre gli scostamenti rispetto ai valori standard, attraverso il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e l'ottimizzazione del mix di utilizzo dei farmaci.

5) L'intervento riguarda i farmaci in classe H non innovativi non coperti da specifici fondi dedicati, per i quali è previsto un progressivo contenimento della spesa nel triennio mediante indizione di nuove procedure di gara, in parte già avviate. L'azione è finalizzata a incrementare la concorrenzialità tra operatori e a ottenere condizioni economiche più favorevoli, determinando una riduzione (stimata al 3%) dei costi di acquisto.

Tab. 1 manovre farmaci scadenza Brevetto ATC – fonte AIFA

ATC	Principio Attivo	Classe	Scadenza brevetto	Spesa SSN 2022	Spesa SSN 2023	Spesa SSN 2024	Spesa SSN media
A10BD10	SAXAGLIPTIN E METFORMINA	A/RR	05/03/2026	488.781 €	364.304 €	315.045 €	389.377
B02BD02	SIMOCTOCOG ALFA	A/RR/PT/PHT	21/03/2026	10.412.078 €	10.279.647 €	8.597.932 €	9.763.219
B01AF02	APIXABAN	A/RR/PT/PHT	20/11/2026	200.210.680 €	241.135.880 €	254.501.707 €	231.949.422
N03AX22	PERAMPANEL	A/RR/PT/PHT	08/06/2026	8.752.109 €	9.801.577 €	11.077.354 €	9.877.013
L04AG04	BELIMUMAB	H/OSP	15/12/2026	13.347.709 €	15.645.120 €	18.732.280 €	15.908.370
A10BJ01	EXENATIDE	A/RR/PHT	22/06/2026	14.042.970 €	11.151.163 €	9.177.831 €	11.457.321
H01CB05	PASIREOTIDE DIASPARTATO	A/PHT/PT	30/07/2026	8.788.364 €	9.848.687 €	10.681.079 €	9.772.710
B01AE07	DABIGATRAN ETEXILATO MESILATO	A/RR/PT/PHT	31/07/2026	75.253.751 €	72.977.817 €	52.957.851 €	67.063.140
N07XX08	TAFAMIDIS	H/RR	17/11/2026	66.789.416 €	123.168.492 €	164.405.412 €	118.121.107
J05AG05	RILPIVIRINA CLORIDRATO	H/RNRL	28/11/2026	2.863.692 €	2.261.649 €	1.733.669 €	2.286.337

Tab. 2 manovre farmaci - Ottimizzazione della spesa farmaceutica a seguito di scadenze brevettuali (40% di risparmio annuale su singola classe ATC)

ATC	Scadenza brevetto	Descrizione ATC (Principio Attivo)	Codice AIC confezione	Descrizione prodotto	Consumo 2025	Consumo 2026	Consumo 2027	Consumo 2028	Manovra 2026	Manovra 2027	Manovra 2028
L04AG08	late 2027	OCRELIZUMAB	045889019	OCREVUS*INFUS 1f	4.933.132,70	4.933.132,70	4.933.132,70	2.959.879,62	-	-	(1.973.253)
L04AG08 Totale					4.933.132,70	4.933.132,70	4.933.132,70	2.959.879,62	-	-	(1.973.253)
B02BD02	21/03/2026	FATTORE VIII DI COAGULAZIONE	045255054	AFSTYLA*EV 2000L	4.646,40	4.646,40	2.787,84	2.787,84	-	(1.859)	(1.859)
B02BD02	21/03/2026	FATTORE VIII DI COAGULAZIONE	045255078	AFSTYLA*EV 3000L	186.436,80	186.436,80	111.862,08	111.862,08	-	(74.575)	(74.575)
B02BD02	21/03/2026	FATTORE VIII DI COAGULAZIONE	045936109	ADYNOVI*EV 1000L	61.575,36	61.575,36	36.945,22	36.945,22	-	(24.630)	(24.630)
B02BD02	21/03/2026	FATTORE VIII DI COAGULAZIONE	045936147	ADYNOVI*EV 2000L	172.652,48	172.652,48	103.591,49	103.591,49	-	(69.061)	(69.061)
B02BD02	21/03/2026	FATTORE VIII DI COAGULAZIONE	047418049	JIVI*EV FL 2000UI+	171.569,99	171.569,99	102.941,99	102.941,99	-	(68.628)	(68.628)
B02BD02	21/03/2026	FATTORE VIII DI COAGULAZIONE	047418052	JIVI*EV FL 3000UI+	388.011,00	388.011,00	232.806,60	232.806,60	-	(155.204)	(155.204)
B02BD02	21/03/2026	FATTORE VIII DI COAGULAZIONE	048083051	ESPEROCT*IV 1FL 5	441.698,40	441.698,40	265.019,04	265.019,04	-	(176.679)	(176.679)
B02BD02 Totale					1.426.590,43	1.426.590,43	855.954,26	855.954,26	-	(570.636)	(570.636)
N07XX08	17/11/2026	TAFAMIDIS	041663030	VYNDAQEL*30CPS	1.003.565,22	1.003.565,22	602.139,13	602.139,13	-	(401.426)	(401.426)
N07XX08 Totale					1.003.565,22	1.003.565,22	602.139,13	602.139,13	-	(401.426)	(401.426)
B01AF02	20/11/2026	APIXABAN	041225020	ELIQUIS*20CPR RIV	7.098,30	7.098,30	4.258,98	4.258,98	-	(2.839)	(2.839)
B01AF02	20/11/2026	APIXABAN	041225032	ELIQUIS*60CPR RIV	296.704,62	296.704,62	178.022,77	178.022,77	-	(118.682)	(118.682)
B01AF02	20/11/2026	APIXABAN	041225095	ELIQUIS*60CPR RIV	524.259,79	524.259,79	314.555,87	314.555,87	-	(209.704)	(209.704)
B01AF02	20/11/2026	APIXABAN	041225145	ELIQUIS*28CPR RIV	31.651,83	31.651,83	18.991,10	18.991,10	-	(12.661)	(12.661)
B01AF02 Totale					859.714,54	859.714,54	515.828,72	515.828,72	-	(343.886)	(343.886)
A10BJ01	22/06/2026	EXENATIDE	041276054	BYDUREON*SC 4PE	82.633,32	82.633,32	49.579,99	49.579,99	-	(33.053)	(33.053)
A10BJ01 Totale					82.633,32	82.633,32	49.579,99	49.579,99	-	(33.053)	(33.053)
B01AE07	31/07/2026	DABIGATRAN ETEXILATO	038451011	PRADAXA*10CPS 7	1.067,51	1.067,51	640,51	640,51	-	(427)	(427)
B01AE07	31/07/2026	DABIGATRAN ETEXILATO	038451074	PRADAXA*60CPS 1	24.095,81	24.095,81	14.457,49	14.457,49	-	(9.638)	(9.638)
B01AE07	31/07/2026	DABIGATRAN ETEXILATO	038451112	PRADAXA*60CPS 1	11.949,55	11.949,55	7.169,73	7.169,73	-	(4.780)	(4.780)
B01AE07	31/07/2026	DABIGATRAN ETEXILATO	049099070	DABIGATRAN ETE E	28.863,25	28.863,25	17.317,95	17.317,95	-	(11.545)	(11.545)
B01AE07	31/07/2026	DABIGATRAN ETEXILATO	049099132	DABIGATRAN ETE E	15.853,60	15.853,60	9.512,16	9.512,16	-	(6.341)	(6.341)
B01AE07 Totale					81.829,72	81.829,72	49.097,83	49.097,83	-	(32.732)	(32.732)
L04AG04	15/12/2026	BELIMUMAB	041381043	BENLYSTA*SC 4PEI	58.112,52	58.112,52	34.867,51	34.867,51	-	(23.245)	(23.245)
L04AG04 Totale					58.112,52	58.112,52	34.867,51	34.867,51	-	(23.245)	(23.245)
J05AG05	28/11/2026	RILPIVIRINA	041664018	EDURANT*30CPR R	2.999,85	2.999,85	1.799,91	1.799,91	-	(1.200)	(1.200)
J05AG05	28/11/2026	RILPIVIRINA	049280023	REKAMBYS*IM 1FL	45.004,36	45.004,36	27.002,62	27.002,62	-	(18.002)	(18.002)
J05AG05 Totale					48.004,21	48.004,21	28.802,53	28.802,53	-	(19.202)	(19.202)
N03AX22	08/06/2026	PERAMPANEL	042581013	FYCOMPA*7CPR RI	4.363,39	4.363,39	2.618,03	2.618,03	-	(1.745)	(1.745)
N03AX22	08/06/2026	PERAMPANEL	042581037	FYCOMPA*28CPR F	12.726,55	12.726,55	7.635,93	7.635,93	-	(5.091)	(5.091)
N03AX22	08/06/2026	PERAMPANEL	042581064	FYCOMPA*28CPR F	18.362,61	18.362,61	11.017,57	11.017,57	-	(7.345)	(7.345)
N03AX22	08/06/2026	PERAMPANEL	042581090	FYCOMPA*28CPR F	8.363,16	8.363,16	5.017,90	5.017,90	-	(3.345)	(3.345)
N03AX22	08/06/2026	PERAMPANEL	042581126	FYCOMPA*28CPR F	1.636,27	1.636,27	981,76	981,76	-	(655)	(655)
N03AX22	08/06/2026	PERAMPANEL	042581153	FYCOMPA*28CPR F	1.272,66	1.272,66	763,60	763,60	-	(509)	(509)
N03AX22	08/06/2026	PERAMPANEL	042581241	FYCOMPA*SOSP 34	90,90	90,90	54,54	54,54	-	(36)	(36)
N03AX22 Totale					46.815,54	46.815,54	28.089,32	28.089,32	-	(18.726)	(18.726)
H01CB05	30/07/2026	PASIREOTIDE	042032084	SIGNIFOR*SC 60F 0	43.019,21	43.019,21	25.811,53	25.811,53	-	(17.208)	(17.208)
H01CB05 Totale					43.019,21	43.019,21	25.811,53	25.811,53	-	(17.208)	(17.208)
Totale complessivo					8.583.417,41	8.583.417,41	7.123.303,53	5.150.050,45	-	(1.460.114)	(3.433.367)

Tab. 3 manovre farmaci - Razionalizzazione della spesa farmaceutica su farmaci a brevetto scaduto nel 2025 (30% di risparmio annuale su singolo principio attivo)

Perso brevetto già rinegoziato		Scadenza	Consumi costo 2025	Consumo 2026	Consumo 2027	Consumo 2028	Manovra 2026	Manovra 2027	Manovra 2028
040108033	PROLIA*SC 1SIR 60MG/ML	2025	545.420	545.420	163.626	163.626	-	(381.794)	(381.794)
041300017	XGEVA*SC 1FL 120MG 1,7ML	2025	117.544	117.544	35.263	35.263	-	(82.281)	(82.281)
042510014	EYLEA*INIET 1SIR 40MG/ML	2025	537.929	537.929	161.379	161.379	-	(376.551)	(376.551)
039827050	REVOLADE*28CPR R RIV 50MG	2025	467.614	467.614	140.284	140.284	-	(327.330)	(327.330)
Totale complessivo			1.668.508	1.668.508	500.552	500.552	-	(1.167.955)	(1.167.955)

Tab. 3 manovre farmaci - Incremento dell'utilizzo di farmaci biosimilari e ottimizzazione del mix prescrittivo (40% risparmio annuale su singolo farmaco originator)

Descrizione ATC/GMP ultimo livello disponibile (1)	Denominazione Farmaco	Importo Farmaco Originator	Biosimilari acquistati	Totale	Tendenziale 2026	Manovra 2026	Tendenziale 2027	manovra 2027	Tendenziale 2028	Manovra 2028
ERITROPOIETINA	BINOCRIT		797.826	797.826	840.909	-	886.318		934.179	
ERITROPOIETINA	EPREX	232.720		232.720	245.287	(98.115)	258.532	(103.413)	272.493	(108.997)
ERITROPOIETINA	NEORECORMON	159.747		159.747	168.374	(67.349)	177.466	(70.986)	187.049	(74.820)
ERITROPOIETINA	RETACRIT			-	-	-	-	-	-	-
NATALIZUMAB	TYRUKO		575.177	575.177	606.237	-	638.974		673.478	
NATALIZUMAB	TYSABRI	437.101		437.101	460.704	(184.282)	485.582	(194.233)	511.804	(204.721)
DENOSUMAB	PROLIA	545.420		545.420	574.873	(229.949)	605.916	(242.367)	638.636	(255.454)
DENOSUMAB	XGEVA	117.544		117.544	123.891	(49.557)	130.581	(52.233)	137.633	(55.053)
USTEKINUMAB	STELARA	594.528		594.528	626.632	(250.653)	660.470	(264.188)	696.136	(278.454)
USTEKINUMAB	STEQUEYMA		10.394	10.394	10.955	-	11.547		12.170	
USTEKINUMAB	UZPRUVO		38.726	38.726	40.817	-	43.021		45.344	
ENOXAPARINA	CLEXANE	98.028		98.028	103.321	(41.329)	108.901	(43.560)	114.781	(45.913)
ENOXAPARINA	CLEXANE T	39.559		39.559	41.696	(16.678)	43.947	(17.579)	46.320	(18.528)
ENOXAPARINA	ENOXAPARINA ROVI		74.280	74.280	78.291	-	82.519		86.975	
ENOXAPARINA	GHEMAXAN		162.548	162.548	171.326	-	180.577		190.328	
ENOXAPARINA	INHIXA		230.230	230.230	242.662	-	255.766		269.578	
AFIBERCEPT	EYLEA	537.929		537.929	566.978	(226.791)	597.594	(239.038)	629.865	(251.946)
INSULINA GLARGINE	ABASAGLAR		135.345	135.345	142.653	-	150.357		158.476	
INSULINA GLARGINE	LANTUS	116.260		116.260	122.538	(49.015)	129.155	(51.662)	136.130	(54.452)
INSULINA GLARGINE	TOUJEO	169.412		169.412	178.560	(71.424)	188.202	(75.281)	198.365	(79.346)
SOMATROPINA	GENOTROPIN	42.152		42.152	44.429	(17.771)	46.828	(18.731)	49.356	(19.743)
SOMATROPINA	HUMATROPE	7.811		7.811	8.233	(3.293)	8.677	(3.471)	9.146	(3.658)
SOMATROPINA	OMNITROPE		46.091	46.091	48.580	-	51.203		53.968	
SOMATROPINA	SAIZEN	305.507		305.507	322.005	(128.802)	339.393	(135.757)	357.720	(143.088)
RANIBIZUMAB	LUCENTIS	146.734		146.734	154.658	(61.863)	163.009	(65.204)	171.812	(68.725)
RANIBIZUMAB	XIMLUCI		231.693	231.693	244.204	-	257.391		271.291	
OMALIZUMAB	XOLAIR	313.389		313.389	330.312	(132.125)	348.149	(139.260)	366.949	(146.780)
ETANERCEPT	BENEPALI		64.504	64.504	67.987	-	71.659		75.528	
ETANERCEPT	ENBREL	90.188		90.188	95.058	(38.023)	100.191	(40.076)	105.601	(42.241)
ETANERCEPT	ERELZI		106.763	106.763	112.528	-	118.604		125.009	
ADALIMUMAB	AMGEVITA		7.900	7.900	8.327	-	8.776		9.250	
ADALIMUMAB	HUMIRA	30.492		30.492	32.139	(12.855)	33.874	(13.550)	35.703	(14.281)
ADALIMUMAB	HYRIMOZ		78.010	78.010	82.222	-	86.662		91.342	
ADALIMUMAB	IDACIO		167	167	176	-	186		196	
ADALIMUMAB	IMRALDI		26.283	26.283	27.702	-	29.198		30.775	
ADALIMUMAB	YUFLYMA		96.783	96.783	102.009	-	107.517		113.323	
TOCILIZUMAB	ROACTEMRA	178.281		178.281	187.909	(75.163)	198.056	(79.222)	208.751	(83.500)
TOCILIZUMAB	TYENNE		6.768	6.768	7.133	-	7.518		7.924	
RITUXIMAB	MABTHERA	76.443		76.443	80.571	(32.228)	84.921	(33.969)	89.507	(35.803)
RITUXIMAB	RIXATHON		52.786	52.786	55.636	-	58.641		61.807	
RITUXIMAB	RUXIENCE		5.359	5.359	5.649	-	5.954		6.275	
RITUXIMAB	TRUXIMA		418	418	441	-	464		489	
TRASTUZUMAB	HERCEPTIN	93.313		93.313	98.352	(39.341)	103.663	(41.465)	109.261	(43.704)
TRASTUZUMAB	OGIVRI		29.402	29.402	30.989	-	32.663		34.427	
BEVACIZUMAB	ABEVMY		39.246	39.246	41.365	-	43.599		45.953	
BEVACIZUMAB	ALYMSYS		14.257	14.257	15.027	-	15.838		16.693	
BEVACIZUMAB	AVASTIN	11.472		11.472	12.091	(4.837)	12.744	(5.098)	13.432	(5.373)
BEVACIZUMAB	AYBINTIO		-	-	-	-	-		-	
BEVACIZUMAB	MVASI		-	-	-	-	-		-	
BEVACIZUMAB	VEGZELMA		57.028	57.028	60.108	-	63.354		66.775	
INFLIXIMAB	REMSIMA		85.309	85.309	89.916	-	94.771		99.889	
INFLIXIMAB	ZESSLY		11.715	11.715	12.348	-	13.014		13.717	
FOLLITROPINA ALFA	BEMFOLA		12.219	12.219	12.878	-	13.574		14.307	
FOLLITROPINA ALFA	GONAL-F	47.626		47.626	50.198	(20.079)	52.909	(21.164)	55.766	(22.306)
FOLLITROPINA ALFA	OVALEAP		16.879	16.879	17.791	-	18.751		19.764	
PEGFILGRASTIM	NEULASTA		-	-	-	-	-		-	
PEGFILGRASTIM	PELGRAZ		15.647	15.647	16.492	-	17.383		18.321	
PEGFILGRASTIM	ZIEXTENZO		21.317	21.317	22.468	-	23.682		24.960	
FILGRASTIM	ACCOFIL		13.527	13.527	14.257	-	15.027		15.838	
FILGRASTIM	NIVESTIM		4.820	4.820	5.081	-	5.355		5.644	
FILGRASTIM	ZARZIO		17.819	17.819	18.782	-	19.796		20.865	
TERIPARATIDE	FORSTEO	3.381		3.381	3.564	(1.426)	3.757	(1.503)	3.959	(1.584)
INSULINA ASPART	INSULINA ASPART SANOFI		-	-	-	-	-		-	
INSULINA ASPART	NOVORAPID	1.179		1.179	1.243	(497)	1.310	(524)	1.381	(552)
INSULINA LISPRO	HUMALOG	824		824	868	(347)	915	(366)	964	(386)
Totale complessivo		4.397.042	3.087.235	7.484.277	7.888.428	(1.853.793)	8.314.403	(1.953.898)	8.763.381	(2.059.408)

Tab. 4 manovre farmaci - Riallineamento della spesa farmaceutica pro capite alla spesa pro capite media – Italia.

PRINCIPIO ATTIVO di riferimento	Spesa pro capite (euro)	Spesa pro capite (euro)	POTENZIALE EFFICIENTAMENTO DEI COSTI	Manovra 2026	Manovra 2027	Manovra 2028
	Regione Molise	Media Italia	(mln di euro)	60%	80%	90%
DUPILUMAB	5.560.000	4.080.000	400.000	- 240.000	- 320.000	- 360.000
IVACAFTOR/TEZACAFTOR7EL EXACAFTOR	3.290.000	2.930.000	100.000	- 60.000	- 80.000	- 90.000
IVACAFTOR	2.660.000	2.200.000	100.000	- 60.000	- 80.000	- 90.000
ALIROCUMAB	2.720.000	2.020.000	200.000	- 120.000	- 160.000	- 180.000
RUXOLITINIB	2.870.000	1.940.000	300.000	- 180.000	- 240.000	- 270.000
NINTEDANIB	2.480.000	1.930.000	200.000	- 120.000	- 160.000	- 180.000
SECUKINUMAB	2.640.000	1.870.000	200.000	- 120.000	- 160.000	- 180.000
APALUTAMIDE	2.010.000	1.750.000	100.000	- 60.000	- 80.000	- 90.000
Totale	24.230.000	18.720.000	1.600.000	(960.000)	(1.280.000)	(1.440.000)

Tab. 5 – manovre farmaci efficientamento della spesa per farmaci in classe H non innovativi fuori fondo

Farmaci “non innovativi” fuori fondo					
Farmaci fascia H che non accedono al fondo	TOTALE MANOVRA 3% risparmio tramite nuove gare	2026	2027	2028	Conto
A	B	C	D	E	F
36.811.630	(1.104.349)	(331.305)	(773.044)	(1.104.349)	BAA040

Si rileva un'incidenza molto alta rispetto alla popolazione, riallineamento del 3% in 3 anni

Azione di riferimento nel Programma Operativo

Macro Area Altri Beni e Servizi

Area: Altri Beni Sanitari

Obiettivo: Riqualificazione della spesa finalizzato al miglioramento dell'appropriatezza clinica e alla sostenibilità finanziaria.

Azione: Nuove procedure di gara, impostate su lotti omogenei e accordi quadro multi-fornitore.

Voce di CE: B3.1b, B3.1c, B3.1d e BA0260 – Dispositivi medici e Materiali per la profilassi (vaccini)

Dettagli manovra

Tipologia di manovra

☐ Sviluppo

☒ Contenimento

Dispositivi medici e Vaccini

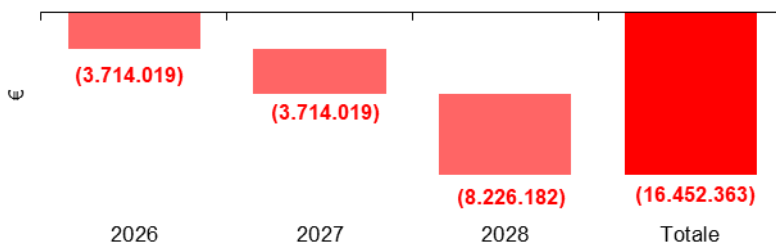


Figura 20. Razionalizzazione e riduzione della spesa dei dispositivi medici

Impatto economico complessivo

16.452.363 € ☒ in tre anni ☐ al 2028

La struttura commissariale ha avviato un percorso strutturato di rafforzamento della governance dei dispositivi medici, fondato su centralizzazione delle procedure di gara, razionalizzazione delle referenze merceologiche, aggregazione dei fabbisogni e introduzione di criteri di valutazione basati sul miglior rapporto qualità/prezzo. La nuova procedura di gara, impostata su lotti omogenei e accordo quadro multi-fornitore, ha determinato un ribasso medio pari al 38% rispetto all'importo complessivo a base d'asta. L'efficientamento deriva da un approccio integrato di procurement strategico, basato su analisi preventiva dei consumi, benchmarking interregionale dei prezzi unitari, definizione di specifiche tecniche non discriminatorie e introduzione di criteri premiali legati a performance, assistenza tecnica e riduzione dei costi indiretti. Si specifica inoltre che anche le gare inerenti i vaccini hanno registrato un risparmio medio del 18,5 % tra l'importo di aggiudicazione e quello a base d'asta.

Tab. 1 Manovra dispositivi medici – vaccini - Dettaglio risparmio razionale di calcolo Vaccini

Ambito	Descrizione iniziativa	Stato Iniziativa	Anno di pubblicazione	Importo complessivo base d'asta (IVA esclusa)	Nr. Lotti aggiudicati	Importo complessivo a base d'asta lotti aggiudicati (IVA esclusa)	Importo complessivo di aggiudicazione (IVA esclusa)	Risparmio complessivo (IVA esclusa)	Riduzione % Importo a base d'asta e aggiudicazione	alV Trim 2025 Importo Vaccini Asrem (BA0260)	Risparmio medio su due gare	Risparmio 2026	Risparmio 2027	Risparmio 2028
A	B	C	D	E	F	G	H	I=H-G	J=I/H	K	L	M	N=K*L	O=K*L
Sanità	So.Re.Sa. - X Appalto Specifico per la fornitura di vaccini destinati alle AA.SS.RR. della Regione Campania e della Regione Molise	Aggiudicazione	2025	1.128.000	4	1.128.000	857.450	270.550	31,55%					
Sanità	AReaCom - Appalto specifico per la fornitura di: "Vaccini profilassi a uso umano 2025-2027 e servizi connessi" occorrenti alle Aziende Sanitarie della Regione Abruzzo e della Regione Molise	Aggiudicazione	2025	7.325.545	36	7.292.903	6.915.113	377.789	5,46%	4.312.412	18,51%	-	798.143	798.143

Tab. 2 Manovra dispositivi medici – vaccini - Dettaglio risparmio razionale di calcolo Dispositivi medici

Cod. conto	Desc. Conto	Importo IV Trim 2025	Risparmio totale 38%	Risparmio 2026	Risparmio 2027	Risparmio 2028
B3.1b	Dispositivi medici	24.912.607	9.466.791	2.366.698	2.366.698	4.733.395
B3.1c	Dispositivi medici impiantabili attivi	2.165.617	822.934	205.734	205.734	411.467
B3.1d	Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	12.016.714	4.566.351	1.141.588	1.141.588	2.283.176
Totale		39.094.938	14.856.077	25%	25%	50%

Tab. 3 dettaglio risparmio gara dispositivi medici

Descrizione iniziativa	Stato Iniziativa	Anno di pubblicazione	Importo complessivo base d'asta (IVA esclusa)	Nr. Lotti aggiudicati	Importo complessivo a base d'asta lotti aggiudicati (IVA esclusa)	Importo complessivo di aggiudicazione (IVA esclusa)	Risparmio complessivo (IVA esclusa)	% di risparmio ottenuta
A	B	C	D	E	F	G	H=F-G	I= H/D
So.Re.Sa. - PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA DI PROTESI ORTOPEDICHE Il "protesi di caviglia, gomito, mano e polso, piede, protesi da grandi resezioni, protesi legamentose, altri dispositivi per chirurgia ortopedica e sostituti ossei" per le Aziende Sanitarie, Ospedaliere, Ospedaliere Universitarie, IRCCS della Regione Campania e della Regione Molise	Aggiudicazione	2024	2.994.000	28	2.994.000	1.849.009	1.144.991	38%

Azione di riferimento nel Programma Operativo	
Macro-area	Governance del personale
Area	Incremento spesa del personale per gli anni 2026-28
Obiettivo	Incremento personale assunzione nuovi medici specialisti
Azione	Assunzione di nuovi medici specialisti per contrastare il fenomeno della mobilità passiva
Macro-area	Governance del personale
Dettagli manovra	

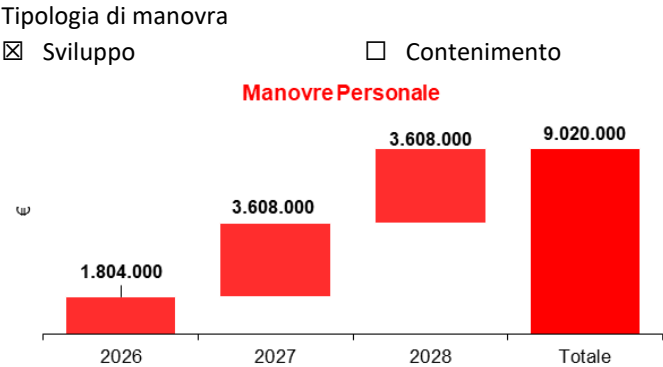


Figura 21. Manovra Assunzioni medici specialistici dal 2026 al 2028

Impatto economico complessivo
9.020.000 € ☒ in tre anni ☐ al 2028

La manovra in oggetto prevede un incremento strutturale della spesa per il personale mediante l’assunzione mirata di 82 infermieri nel triennio 2026-2028. Inoltre, al fine di ridurre la mobilità extraregionale passiva, la Struttura Commissariale intende rimpiazzare tutto il personale dimesso rafforzando la capacità produttiva delle strutture ospedaliere regionali.

Si riporta di seguito il dettaglio degli incrementi stimati.

Manovra 2026-27-28 assunzione infermieri			
annualità	Num infermieri	stima ral lorda	Totale costo
2026	41	44.000	1.804.000
2027-2028	82	44.000	3.608.000

CE NEW	CONTO ECONOMICO	% incremento personale infermieristico	2026 assunzione infermieri	2027 assunzione infermieri	2028 assunzione infermieri
BA2200	Costo del personale comparto ruolo sanitario - Tempo indeterminato	96%	1.727.168,37	3.454.336,74	3.454.336,74
BA2210	Costo del personale comparto ruolo sanitario - Tempo determinato	4%	76.831,63	153.663,26	153.663,26
Totale			1.804.000	3.608.000	3.608.000

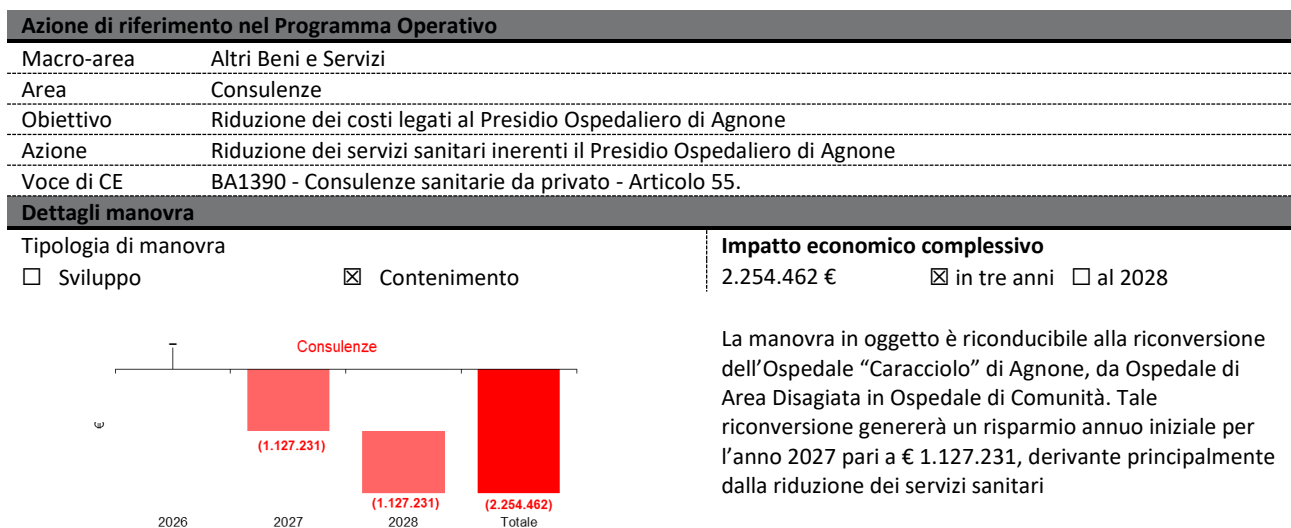


Figura 22. Manovra Consulenze dal 2026 al 2028

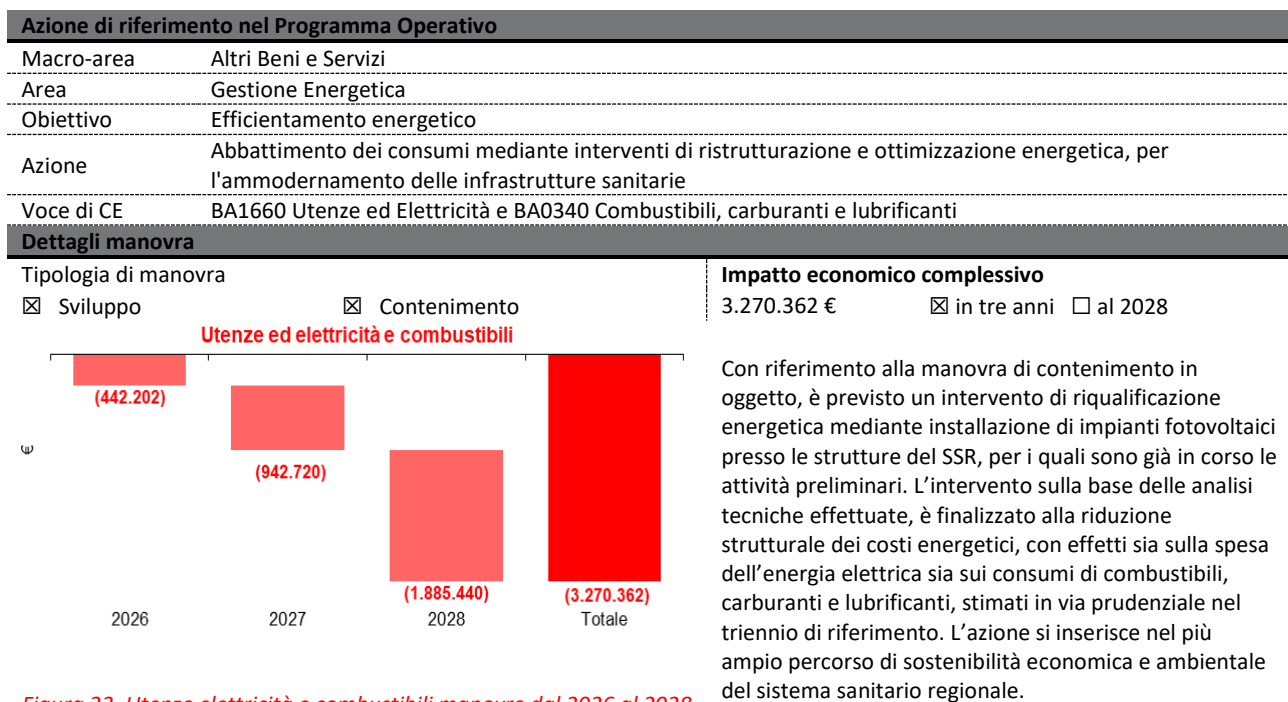


Figura 23. Utenze elettricità e combustibili manovre dal 2026 al 2028

Azione di riferimento nel Programma Operativo

Macro-area	Altri Beni e Servizi
Area	Servizi
Obiettivo	Ottimizzazione e razionalizzazione dei servizi appaltati
Azione	Indizione di nuove gare e analisi delle gare in scadenza
Voce di CE	B3.3 Servizi

Dettagli manovra

Tipologia di manovra

☒ Sviluppo

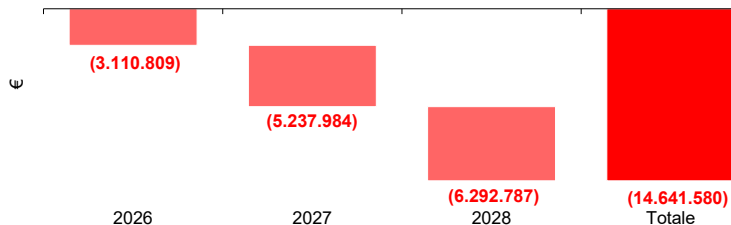
☒ Contenimento

Impatto economico complessivo

14.641.580 €

☒ in tre anni ☐ al 2028

Manovre Altri servizi



La presente manovra prevede un intervento di revisione della spesa contrattuale mediante:

- valorizzazione dei ribassi conseguiti in sede di gara rispetto alle basi d'asta;
- mancato rinnovo di contratti attinenti a servizi non essenziali (*Tab.1 servizi*) e indizione di nuove procedure di gara alla scadenza naturale di contratti e di manutenzioni su apparecchiature e attrezzature sanitarie (*Tab. 2 Manutenzioni*), con rafforzamento della concorrenzialità e conseguente riduzione strutturale dei costi nel triennio.

Figura 24. Altri servizi manovre dal 2026 al 2028

Tab. 1 manovre servizi - contratti in scadenza da non rinnovare

contratto	Importo complessivo contratto	importo annuale	decorrenza contratto	Durata	Scadenza contratto	Risparmio anno Prog. 2026	Risparmio anno Prog. 2027	Risparmio anno Prog. 2028	Conto di risparmio
Gestione integrata della sicurezza sui luoghi di lavoro per le pubbliche amministrazioni	612.142 €	204.047 €	02.08.2021	36 mesi	24.07.2024		(204.047)	(204.047)	BA1740
Servizi applicativi sanità digitale	1.221.278 €	563.667 €	17.11.2023	26 mesi	17.01.2026	(563.667)	(563.667)	(563.667)	BA1740
Adesione e approvazione del progetto del piano dei fabbisogni relativo alla fornitura dei servizi cloud nell'ambito della concessione per la realizzazione e gestione di una nuova infrastruttura informatica al servizio della pubblica amministrazione	2.245.377 €	748.459 €	01.08.2024	36 MESI	31.07.2027			(748.459)	BA1620
Adesione convenzione consip "Veicoli in noleggio"	640.720 €	128.144 €	01.09.2020	60 mesi	31.08.2025			(128.144)	BA2030
Noleggio n. 4 ambulanze	891.000 €	178.200 €	19.04.2019	60 mesi	18.04.2024			(178.200)	BA2030
Totale						(563.667)	(767.714)	(1.822.517)	

Tab. 2 manovre servizi - scadenza contratti manutenzioni fine 2026

Contratto	Importo complessivo contratto	importo annuale	decorrenza contratto	Durata	Scadenza contratto	Eventuale Stato dell'arte gara	Risparmio 2027 30%	Risparmio 2028 30%	Conto di Risparmio
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	171.514 €	171.514 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	51.454 €	51.454 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	301.329 €	301.329 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	90.399 €	90.399 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	49.724 €	49.724 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	14.917 €	14.917 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature	253.615 €	253.615 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del	76.085 €	76.085 €	BA1940

Contratto	Importo complessivo contratto	importo annuale	decorrenza contratto	Durata	Scadenza contratto	Eventuale Stato dell'arte gara	Risparmio 2027 30%	Risparmio 2028 30%	Conto di Risparmio
elettromedicali 2026						Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026			
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	423.479 €	423.479 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	127.044 €	127.044 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	202.627 €	202.627 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	60.788 €	60.788 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	35.000 €	35.000 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	10.500 €	10.500 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	538.614 €	538.614 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	161.584 €	161.584 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	151.206 €	151.206 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	45.362 €	45.362 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	207.393 €	207.393 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	62.218 €	62.218 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	196.162 €	196.162 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	58.849 €	58.849 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	50.544 €	50.544 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	15.163 €	15.163 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	222.572 €	222.572 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	66.772 €	66.772 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	99.912 €	99.912 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	29.974 €	29.974 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	201.804 €	201.804 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	60.541 €	60.541 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	49.000 €	49.000 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	14.700 €	14.700 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	11.150 €	11.150 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	3.345 €	3.345 €	BA1940

Contratto	Importo complessivo contratto	importo annuale	decorrenza contratto	Durata	Scadenza contratto	Eventuale Stato dell'arte gara	Risparmio 2027 30%	Risparmio 2028 30%	Conto di Risparmio
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	5.000 €	5.000 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	1.500 €	1.500 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	57.900 €	57.900 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	17.370 €	17.370 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	82.700 €	82.700 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	24.810 €	24.810 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	93.033 €	93.033 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	27.910 €	27.910 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	90.188 €	90.188 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	27.056 €	27.056 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	76.560 €	76.560 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	22.968 €	22.968 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	48.672 €	48.672 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	14.602 €	14.602 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	15.277 €	15.277 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	4.583 €	4.583 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	20.700 €	20.700 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	6.210 €	6.210 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	25.086 €	25.086 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	7.526 €	7.526 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	9.860 €	9.860 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	2.958 €	2.958 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	18.900 €	18.900 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	5.670 €	5.670 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	155.890 €	155.890 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	46.767 €	46.767 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature	7.700 €	7.700 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del	2.310 €	2.310 €	BA1940

Contratto	Importo complessivo contratto	importo annuale	decorrenza contratto	Durata	Scadenza contratto	Eventuale Stato dell'arte gara	Risparmio 2027 30%	Risparmio 2028 30%	Conto di Risparmio
elettromedicali 2026						Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026			
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	58.400 €	58.400 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	17.520 €	17.520 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	25.000 €	25.000 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	7.500 €	7.500 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	5.160 €	5.160 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	1.548 €	1.548 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	13.568 €	13.568 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	4.070 €	4.070 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	4.500 €	4.500 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	1.350 €	1.350 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	94.500 €	94.500 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	28.350 €	28.350 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	41.040 €	41.040 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	12.312 €	12.312 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	33.700 €	33.700 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	10.110 €	10.110 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	44.300 €	44.300 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	13.290 €	13.290 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	21.000 €	21.000 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	6.300 €	6.300 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	33.500 €	33.500 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	10.050 €	10.050 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	10.250 €	10.250 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	3.075 €	3.075 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	16.000 €	16.000 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	4.800 €	4.800 €	BA1940

Contratto	Importo complessivo contratto	importo annuale	decorrenza contratto	Durata	Scadenza contratto	Eventuale Stato dell'arte gara	Risparmio 2027 30%	Risparmio 2028 30%	Conto di Risparmio
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	18.000 €	18.000 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	5.400 €	5.400 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	12.676 €	12.676 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	3.803 €	3.803 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	56.272 €	56.272 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	16.882 €	16.882 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	5.300 €	5.300 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	1.590 €	1.590 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	65.979 €	65.979 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	19.794 €	19.794 €	BA1940
Contratto di manutenzione apparecchiature elettromedicali 2026	30.000 €	30.000 €	01/01/2026	12 mesi	31/12/2026	Trattativa RDO avviata sul portale MEPA il 22/01/2026 a seguito di Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 20/01/2026	9.000 €	9.000 €	BA1940
Servizio di prevenzione incendi e gestione emergenze in pronto intervento (cd. "squadra antincendio" ai sensi del DM 19/03/15) per tutte le strutture ospedaliere di proprietà della ASREM	3.896.340 €	1.948.170 €	01/08/2024	24 mesi	01/08/2026	Deliberazione del Direttore Generale n. 1543 del 12/11/2024 e contratto prot 127234/2024 del 25/11/2024.	584.451 €	584.451 €	BA1740
						Deliberazione del Direttore Generale n. 1727 del 18/12/2025			
Totale	8.358.595 €	6.410.425 €					1.923.128 €	1.923.128 €	

Tab. 3 manovre servizi – risparmio su costo mensa dipendenti e mensa degenti tramite aggiudicazione nuova gara

Leg.	Desc. Conto	Importo	Peso %
a	Mensa dipendenti IV Trim 2025	450.925	10%
b	Mensa degenti IV Trim 2025	3.917.653	90%
c=a+b	tot. Dipendenti + degenti	4.368.578	
d	Importo aggiudicato nuova gara	18.009.099	
e=d/4	Importo annuo nuova gara	4.502.275	
f	Importo annuo vecchia gara	4.861.806	
g=c*e/f	Proiezione costo 2026	4.045.521	
h=c-g	risparmio totale	323.057	
<i>i</i>	<i>di cui risparmio mensa degenti</i>	33.346	
<i>j</i>	<i>di cui risparmio mensa dipendenti</i>	289.711	

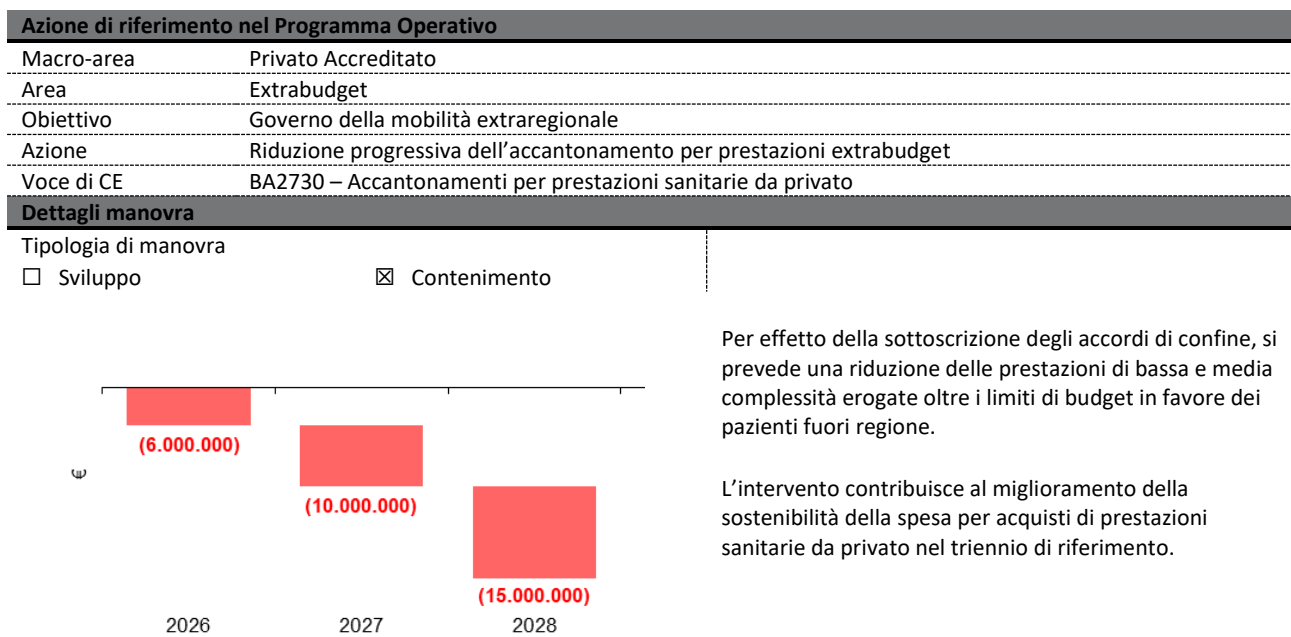


Figura 25. Manovra Riduzione Extrabudget

Azione di riferimento nel Programma Operativo	
Macro-area	Assicurazioni
Area	Assicurazioni per malpractice sanitaria
Obiettivo	Rafforzamento del risk management
Azione	Prevenzione, riduzione sinistri, allineamento al limite contrattuale SIR
Voce di CE	BA2741 - Accantonamenti per franchigia assicurativa
Dettagli manovra	

Tipologia di manovra

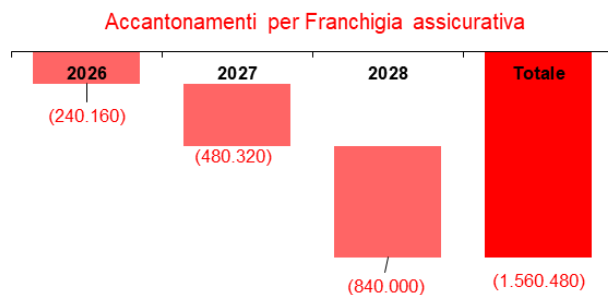
☐ Sviluppo

☒ Contenimento

Impatto economico complessivo

1.560.480 € ☒ in tre anni

☐ al 2028



La presente manovra prevede un potenziamento delle attività del comitato valutazione sinistri, con analisi preventiva degli eventi avversi ed eventi sentinella e rafforzamento dei sistemi di tracciabilità e prevenzione del contenzioso. L'intervento è finalizzato a ridurre l'incidenza dei sinistri fuori SIR e a ridurre progressivamente l'accantonamento annuale al limite contrattuale sottoscritto della franchigia aggregata prevista in polizza (2,2 €/mln), in coerenza con il quadro assicurativo vigente.

Figura 26. Manovra rafforzamento risk management

L'azione contribuisce al contenimento strutturale degli oneri per malpractice e ad una più efficiente tracciabilità degli eventi avversi ed eventi sentinella.

Azione di riferimento nel Programma Operativo	
Macro-area	Privato Accreditato
Area	Tetti di Spesa e Assistenza domiciliare integrata
Obiettivo	Rispetto vincolo Tetti di spesa
Azione	Rafforzamento della programmazione e governo dei volumi
Voce di CE	C3 - Prestazioni sanitarie da privato
Dettagli manovra	

Tipologia di manovra

☐ Sviluppo

☒ Contenimento

Impatto economico complessivo

41.090.438 € ☒ in tre anni

☐ al 2028

La presente manovra prevede un intervento organico di riallineamento della spesa per acquisti da privato, articolato su tre direttrici principali:

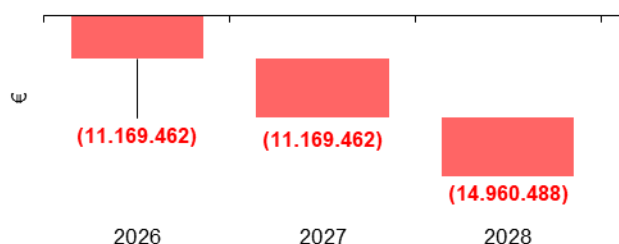


Figura 27. Manovra Programmazione e governo dei volumi

- Pieno rispetto dei tetti di spesa 2026 per la produzione ospedaliera e specialistica, in coerenza con la programmazione regionale (risparmio annuo di 5,5 €/mln vd Tab. 1);
- Riorganizzazione dell'assistenza domiciliare integrata mediante nuova procedura di gara, con efficientamento dei corrispettivi rispetto agli attuali livelli di costo sostenuti da ASReM (risparmio annuo 3,8 €/mln)
- Rafforzamento dei meccanismi di controllo e di monitoraggio delle prestazioni extra-ospedaliere (incluse psichiatria, protesica, trasporti sanitari da privato ecc..) con vincolo stringente al rispetto dei limiti di spesa definiti nel bilancio economico previsionale (risparmio annuo (5,6 €/mln vd Tab. 2).

L'intervento è finalizzato a garantire maggiore coerenza tra volumi erogati, programmazione e sostenibilità economico-finanziaria del SSR nel triennio di riferimento.

Tab. 1 prestazioni sanitarie da privato - rispetto vincolo tetti di spesa 2026

CE NEW	Desc. Conto	IV Trim 2025	TENDENZIALE 2026	TENDENZIALE 2027	TENDENZIALE 2028	TOT. TETTO 2026	Peso % singola Voce Tend 2026	Manovre 2026	Manovre 2027	Manovre 2028
	€	A	C	D	E	E	F	G	H	I
BA0850	Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da IRCCS privati e Policlinici privati	7.723.000	7.723.000	7.723.000	7.723.000		12%	(449.193)	(449.193)	(449.193)
BA0870	Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Case di Cura private	9.680.000	9.680.000	9.680.000	9.680.000		15%	(563.018)	(563.018)	(563.018)
BA0880	Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da altri privati	16.589.458	21.351.000	21.351.000	21.351.000		32%	(1.241.838)	(1.241.838)	(1.241.838)
BA0890	da privato per cittadini non residenti - extra Regione (mobilità attiva in compensazione)	27.876.000	27.876.000	27.876.000	27.876.000		42%	(1.621.351)	(1.621.351)	(1.621.351)
C3.1	Prestazioni da Privato - Ospedaliera	61.868.458	66.630.000	66.630.000	66.630.000	62.754.600	100%	(3.875.400)	(3.875.400)	(3.875.400)
BA0590	Servizi sanitari per assistenza specialistica da IRCCS privati e Policlinici privati	7.401.587	7.579.000	7.579.000	7.579.000		21%	(351.586)	(351.586)	(351.586)
BA0610	Servizi sanitari per assistenza specialistica da Case di Cura private	6.356.000	6.356.000	6.356.000	6.356.000		18%	(294.851)	(294.851)	(294.851)
BA0620	Servizi sanitari per assistenza specialistica da altri privati	9.260.803	7.500.000	7.500.000	7.500.000		21%	(347.921)	(347.921)	(347.921)
BA0630	da privato per cittadini non residenti - extra Regione (Mobilità attiva in compensazione)	14.640.000	14.640.000	14.640.000	14.640.000		41%	(679.142)	(679.142)	(679.142)
C3.2a	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale	37.658.390	36.075.000	36.075.000	36.075.000	34.401.500	100%	(1.673.500)	(1.673.500)	(1.673.500)
Totale	Ospedaliera + specialistica	99.526.848	102.705.000	102.705.000	102.705.000	97.156.100		(5.548.900)	(5.548.900)	(5.548.900)

Tab. 2 prestazioni sanitarie da privato - rispetto vincolo BEP 2026

CE NEW	Desc. Conto	IV Trim 2025	BEP2026	TENDENZIALE 2026	TENDENZIALE 2027	TENDENZIALE 2028	Rispetto vincolo BEP 2026	Manovre 2026	Manovre 2027	Manovre 2028
	€	A	B	C	D	E	F= B-C	G	H	I
BA0660	da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione)	-	-							
BA0680	da privato (intraregionale)	14.775.381	12.930.631	14.775.381	14.775.381	14.775.381	(1.844.750)	(1.844.750)	(1.844.750)	(1.844.750)
BA0690	da privato (extraregionale)	5.983.162	5.264.396	5.983.162	5.983.162	5.983.162	(718.766)	(718.766)	(718.766)	(718.766)
C3.3	Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera	20.758.543	18.195.027	20.758.543	20.758.543	20.758.543	(2.563.516)	(2.563.516)	(2.563.516)	(2.563.516)
BA1130	da privato	3.514.306	3.089.608	3.514.306	3.514.306	3.514.306	(424.698)	(424.698)	(424.698)	(424.698)
C3.4a	Trasporti Sanitari Da Privato	3.514.306	3.089.608	3.514.306	3.514.306	3.514.306	(424.698)	(424.698)	(424.698)	(424.698)
BA0740	da privato	3.916.289	3.536.019	3.916.289	3.916.289	3.916.289	(380.270)	(380.270)	(380.270)	(380.270)
C3.4b.1	Assistenza Integrativa da Privato	3.916.289	3.536.019	3.916.289	3.916.289	3.916.289	(380.270)	(380.270)	(380.270)	(380.270)
BA0790	da privato	7.694.929	7.263.704	7.694.929	7.694.929	7.694.929	(431.225)	(431.225)	(431.225)	(431.225)
C3.4b.2	Assistenza protesica da Privato	7.694.929	7.263.704	7.694.929	7.694.929	7.694.929	(431.225)	(431.225)	(431.225)	(431.225)
BA0940	da privato (intraregionale)	10.743.929	9.904.901	10.743.929	10.743.929	10.743.929	(839.029)	(839.029)	(839.029)	(839.029)
BA0950	da privato (extraregionale)	1.219.198	1.093.870	1.219.198	1.219.198	1.219.198	(125.328)	(125.328)	(125.328)	(125.328)
C3.4c.1	Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semiresidenziale da Privato	11.963.127	10.998.771	11.963.127	11.963.127	11.963.127	(964.356)	(964.356)	(964.356)	(964.356)
BA1000	da privato (intraregionale)	3.647.797	3.560.744	3.647.797	3.647.797	3.647.797	(87.054)	(87.054)	(87.054)	(87.054)
C3.4c.2	Distribuzione di Farmaci e File F da Privato	3.647.797	3.560.744	3.647.797	3.647.797	3.647.797	(87.054)	(87.054)	(87.054)	(87.054)
BA1050	da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione)	29.340	1.132	29.340	29.340	29.340	(28.208)	(28.208)	(28.208)	(28.208)
C3.4c.3	Assistenza Termale da Privato	29.340	1.132	29.340	29.340	29.340	(28.208)	(28.208)	(28.208)	(28.208)
BA1160	da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione)	647	863	647	647	647	-	-	-	-
BA1180	da privato (intraregionale)	19.901.114	19.515.995	19.901.114	19.901.114	19.901.114	(385.119)	(385.119)	(385.119)	(385.119)
BA1190	da privato (extraregionale)	1.929.772	1.573.656	1.929.772	1.929.772	1.929.772	(356.116)	(356.116)	(356.116)	(356.116)
C3.4c.4	Prestazioni Socio-Sanitarie da Privato	21.831.533	21.090.514	21.831.533	21.831.533	21.831.533	(741.235)	(741.235)	(741.235)	(741.235)
Totale		73.355.865	67.735.519	73.355.865	73.355.865	73.355.865	(5.620.562)	(5.620.562)	(5.620.562)	(5.620.562)

Azione di riferimento nel Programma Operativo	
Macro-area	Assistenza farmaceutica
Area	Farmaceutica convenzionata
Obiettivo	Riduzione della spesa per la farmaceutica convenzionata
Azione	Appropriatezza prescrittiva – leva sui generici – riallineamento spesa media Italia
Voce di CE	C2 – farmaceutica convenzionata
Dettagli manovra	

Tipologia di manovra

☒ Sviluppo

☒ Contenimento

Impatto economico complessivo

8.206.992 €

☒ in tre anni ☐ al 2028

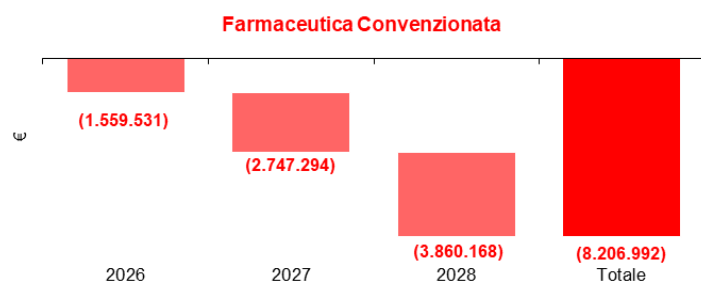


Figura 28. Farmaceutica convenzionata

La presente manovra si articola su due direttrici principali:

- Implementazione di un sistema centralizzato di gestione e monitoraggio delle prescrizioni dei MMG, finalizzato al rafforzamento dell'appropriatezza prescrittiva, all'analisi dei comportamenti prescrittivi e al contenimento degli scostamenti rispetto ai parametri di riferimento regionali con il fine di riallineare progressivamente la spesa pro capite della Regione Molise rispetto alla media della Spesa Pro Capite - Italia;
- Azione mirata sul numero di ricette e il numero medio di confezioni su ricetta, (Tab.2 farmaceutica convenzionata) mediante l'utilizzo di farmaci generici su molecole equivalenti e applicazione dei prezzi di riferimento, con riduzione del prezzo medio per confezione sulle sole quote interessate.

L'intervento è mirato a determinare una riduzione strutturale della spesa farmaceutica nel triennio, in coerenza con gli obiettivi di appropriatezza e sostenibilità del SSR.

Tab. 1 manovra farmaceutica convenzionata - Riallineamento spesa pro capite Molise con Spesa pro capite Media Italia

	Regione	Pro Cap.
A	Spesa procapite media Italia	178
B	Spesa procapite Molise	194
C=B-A	Delta	16
D	Popolazione Regione Molise	289.400
E=D*C	Risparmio potenziale	4.517.672
F=E*30%	Risparmio anno 2026 30%	1.355.302
G=E*50%	Risparmio anno 2027 50%	2.258.836
H=E*70%	Risparmio anno 2028 70%	3.162.370
	Risparmio Complessivo	6.776.508

Tab.2 manovra - Farmaceutica convenzionata – risparmio del numero di confezioni acquistate tramite riduzione di prezzo su molecole equivalenti (dati ricette e n° confezioni da report AIFA gen-sett 2025)

Costo medio per ricetta*(€)	N° di ricette Gen-Set 25	Numero ricette proiettato su 12 mesi	E N° medio di confezioni per ricetta Gen-Set 25	Totale confezioni Gen-sett 2025	Totale confezioni 2025	% di utilizzo generici su molecola equivalente sul numero totale delle confezioni	numero confezioni su molecola equivalente	Riduzione media prezzo confezione: -1,65 €	2026	2027	2028	Conto
A	B	C	D	E=B*D	F=C*D	G	H=F*G	I=F*1,65	35%	70%	100%	
13	2.574.518	3.432.691	2	4.531.152	6.041.536	7%	422.907	697.797	(244.229)	(488.458)	(697.797)	BA0500

Azione di riferimento nel Programma Operativo

Macro area	Medicina di Base
Area	Continuità assistenziale
Obiettivo	Riduzione della spesa per continuità Assistenziale
Azione	potenziamento delle attività infermieristiche
Voce	BA0450 - Costi per assistenza Continuità assistenziale

Dettagli manovra

Tipologia di manovra

☐ Sviluppo



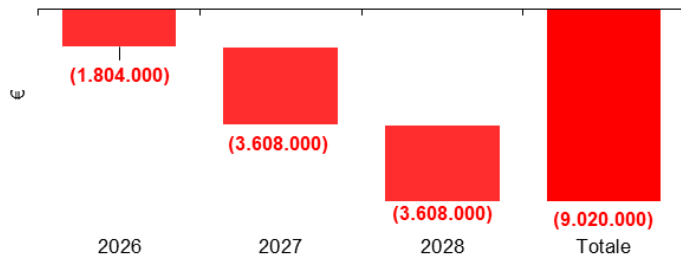
Contenimento

Impatto economico complessivo

9.020.000 €

☒ in tre anni ☐ al 2028

Continuità assistenziale



La riduzione della spesa per continuità Assistenziale è correlata al rafforzamento della Assistenza territoriale mediante incremento del personale infermieristico, nell'ambito di un processo di riorganizzazione dei modelli assistenziali territoriali.

In particolare, il potenziamento delle attività infermieristiche e della presa in carico multiprofessionale consente una progressiva riduzione del ricorso alle prestazioni di continuità assistenziale tradizionale, attraverso una migliore gestione della domanda e un incremento dell'appropriatezza degli accessi.

L'intervento si inserisce in un più ampio percorso di integrazione tra assistenza territoriale e servizi di emergenza-urgenza, con effetti di riallocazione dei fattori produttivi e contenimento della spesa convenzionata.

Figura 29. Manovra Continuità assistenziale

Azione di riferimento nel Programma Operativo	
Macro-area	Governance del personale
Area	Incremento spesa del personale per gli anni 2026-28
Obiettivo	Incremento personale assunzione nuovi medici specialisti
Azione	Assunzione di nuovi medici specialisti per contrastare il fenomeno della mobilità passiva
Voce di CE	F3.1 - IRAP
Dettagli manovra	

Tipologia di manovra

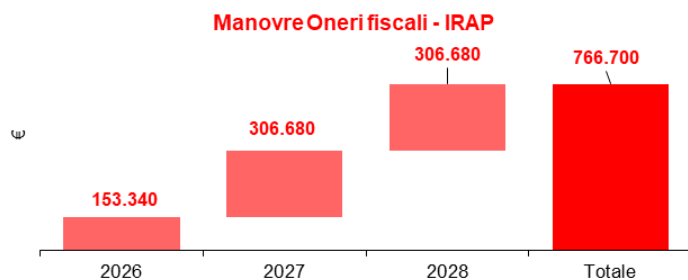
☐ Sviluppo

☒ Contenimento

Impatto economico complessivo

766.700 €

☒ in tre anni ☐ al 2028



Con riferimento alla voce IRAP, si rileva che la stessa registrerà un incremento riflesso a seguito dell'incremento del costo del personale.

Figura 30. Riduzione oneri fiscali IRAP

17.3 Programmatico 2026-2028

Per il triennio oggetto di analisi del presente documento, l'andamento dei CE Programmatici stimati dalla Regione presenta il seguente **Risultato Economico** (voce *G Risultato Economico*) **prima delle Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA**:

- Programmatico 2026 in perdita di 28,3 €/mln;
- Programmatico 2027 in perdita di 15,7 €/mln;
- Programmatico 2028 un risultato economico pari a 0;

Come già ampiamente descritto nella sezione della costruzione dei CE Tenzionali 2026-2028, la Regione Molise ha valorizzato la voce *AA0080 Contributi da Regione o Provincia Autonoma (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA* ricompresa nella macro-voce **H Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA**, per un importo pari a **26,1 €/mln**.

Per tutto ciò premesso, per il triennio oggetto di analisi del presente documento, l'andamento dei CE Programmatici, stimati dalla Regione a seguito delle manovre di contenimento proposte, presenta il seguente **Risultato Economico comprensivo di fiscalità aggiuntiva**:

- Programmatico 2026 in perdita di 2,2 €/mln;
- Programmatico 2027 in utile di 10,4 €/mln;
- Programmatico 2028 in utile di 26,1 €/mln;

Per il dettaglio delle macro-voci aggregate, che compongono il Conto Economico, si rimanda alla tabella di seguito riportata che sintetizza l'andamento dei Conti Economici della Regione dal Consuntivo 2022 all'esercizio 2025 (valori relativi al IV Trimestre 2025) e della stima dei Programmatici per il triennio 2026-2028:

Tabella 19. Andamento sintetico del Conto Economico dal 2022 al Programmatico 2028

CE NEW	CONTO ECONOMICO	CONSUNTIVO 2022	CONSUNTIVO 2023	CONSUNTIVO 2024	IV TRIM 2025	PROGRAMMATICO 2026	PROGRAMMATICO 2027	PROGRAMMATICO 2028
A	Totale Ricavi Netti	688.305	684.401	699.872	718.765	752.921	762.124	772.206
B	Totale Costi Interni	457.870	455.831	484.274	502.484	500.228	501.236	494.362
C	Totale Costi Esterni	257.109	256.188	268.249	272.309	263.045	258.530	259.745
D	Totale Costi Operativi (B+C)	714.979	712.018	752.522	774.793	763.273	759.766	754.107
E	Margine Operativo (A-D)	(26.674)	(27.618)	(52.650)	(56.027)	(10.353)	2.358	18.098
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	12.336	14.231	(23.944)	19.934	17.945	18.098	18.098
G	Risultato Economico (E-F)	(39.010)	(41.848)	(28.706)	(75.962)	(28.298)	(15.740)	-
H	Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	20.472	22.274	24.733	25.490	26.122	26.122	26.122
I	Risultato Economico con risorse aggiuntive LEA (G+H)	(18.537)	(19.575)	(3.973)	(50.472)	(2.176)	10.382	26.122

Ricavi

L'evoluzione dei Ricavi netti per il triennio 2026-2028 mostra un valore di 752,9 €/mln per il 2026, 762,1 €/mln per il 2027 e 772,2 €/mln per il 2028.

Tabella 20. Andamento sintetico delle voci di ricavo dal 2022 al Programmatico 2028

CE NEW	CONTO ECONOMICO	CONSUNTIVO 2022	CONSUNTIVO 2023	CONSUNTIVO 2024	IV TRIM 2025	PROGRAMMATICO 2026	PROGRAMMATICO 2027	PROGRAMMATICO 2028
A1	Contributi F.S.R.	620.453	631.788	652.180	672.769	704.379	709.229	713.595
A2	Saldo Mobilità	33.411	43.415	25.746	18.119	22.298	24.338	28.038
A3	Entrate Proprie	46.071	20.913	27.889	31.938	26.014	26.597	27.257
A4	Saldo Intramoenia	707	292	388	315	315	315	315
A5	Rettifiche Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	(3.830)	(2.312)	(1.006)	(621)	(416)	(211)	-
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	(8.507)	(9.696)	(5.324)	(3.755)	332	1.857	3.000
A	Totale Ricavi Netti	688.305	684.401	699.872	718.765	752.921	762.124	772.206

Rispetto alla stima dei ricavi netti utilizzata per la costruzione dei Tenzionali 2026-2028, il quadro programmatico conferma sostanzialmente gli stessi valori, fatta eccezione per la voce *A2 Saldo di mobilità e A5 Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti*, per la quale sono state previste specifiche manovre regionali illustrate nella sezione dedicata.

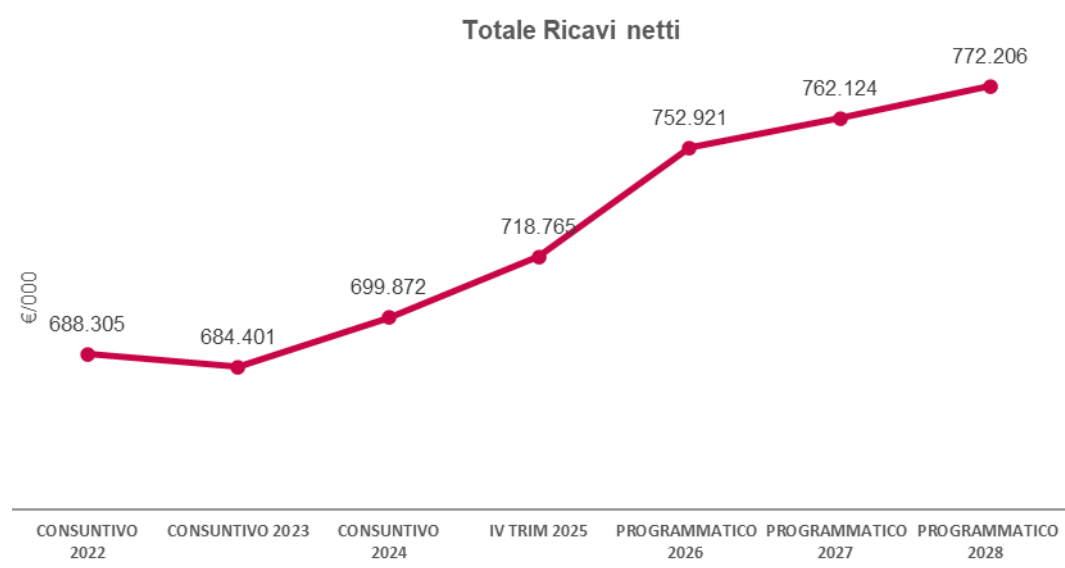


Figura 31. Andamento Ricavi Netti dal 2022 al Programmatico 2028

Costi operativi

L’evoluzione dei Costi operativi per il triennio 2026-2028 mostra un valore di 763,3 €/mln nel 2026, 759,7 €/mln nel 2027 e 754,1 €/mln nel 2028.

Tabella 21. Andamento sintetico delle voci di costi operativi dal 2022 al Programmatico 2028

Totale costi operativi								
CE NEW	CONTO ECONOMICO	CONSUNTIVO 2022	CONSUNTIVO 2023	CONSUNTIVO 2024	IV TRIM 2025	PROGRAMMATICO 2026	PROGRAMMATICO 2027	PROGRAMMATICO 2028
B1	Personale	173.484	175.300	180.287	182.213	187.372	189.176	189.176
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	76.868	79.424	87.741	91.758	93.541	95.266	98.193
B3	Altri Beni e Servizi	159.181	150.212	150.966	159.612	154.113	150.755	146.314
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	3.194	3.269	3.199	2.923	2.923	2.923	2.923
B5	Accantonamenti	43.725	49.041	64.466	67.658	62.280	63.116	57.756
B6	Variazione Rimanenze	1.419	(1.415)	(2.384)	(1.681)	-	-	-
B	Totale Costi Interni	457.870	455.831	484.274	502.484	500.228	501.236	494.362
C1	Medicina Di Base	46.537	44.332	44.315	42.959	41.155	39.351	39.351
C2	Farmaceutica Convenzionata	41.119	41.472	45.030	46.972	47.503	48.583	49.798
C3	Prestazioni da Privato	169.453	170.384	178.903	182.379	174.387	170.596	170.596
C	Totale Costi Esterni	257.109	256.188	268.249	272.309	263.045	258.530	259.745
D	Totale Costi Operativi (B+C)	714.979	712.018	752.522	774.793	763.273	759.766	754.107

Un decremento di costo consistente rispetto a quanto stimato nei tendenziali si osserva alla voce *Prestazioni Sanitarie da Privato*, per la quale ci si aspettano manovre di contenimento (al cui dettaglio si rimanda alla sezione specifica del documento) per l’intero triennio 2026-2028 per un importo cumulato pari a 41,1 €/mln.

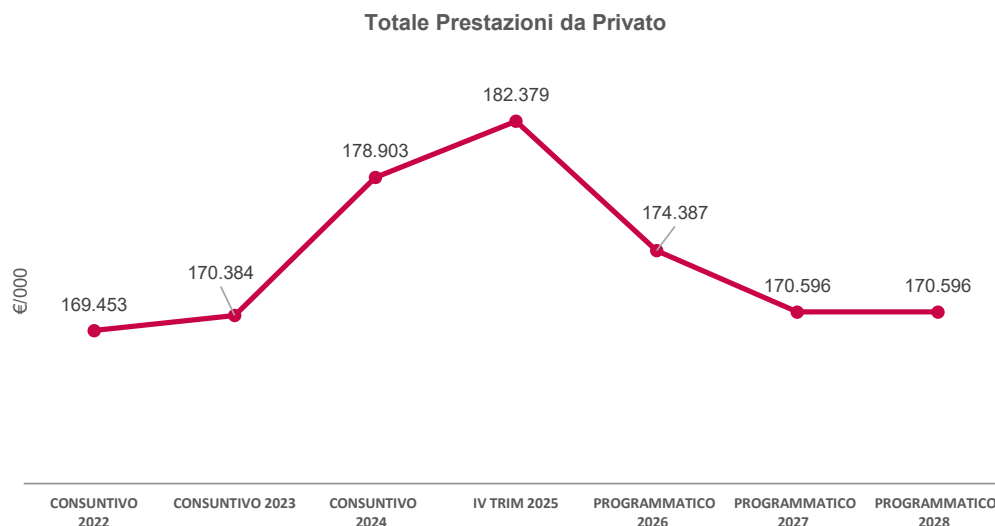


Figura 32. Andamento della spesa Prestazioni sanitarie da privato dal 2022 al Programmatico 2028

Un altro decremento di costo consistente rispetto a quanto stimato nei tendenziali si osserva nella voce Altri beni e Servizi, per la quale ci si aspettano manovre di contenimento ((al cui dettaglio si rimanda alla sezione specifica del documento) per l'intero triennio 2026-2028 per un importo totale pari a 36,6 €/mln.

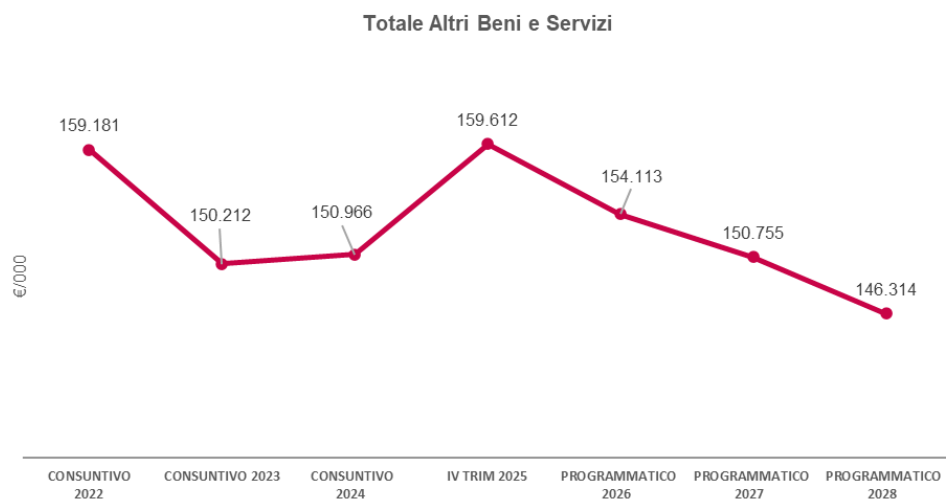


Figura 33. Andamento della spesa per Altri Beni e Servizi dal 2022 al Programmatico 2028

Un ulteriore decremento di costo consistente rispetto a quanto stimato nei tendenziali si osserva nella voce *Prodotti farmaceutici ed emoderivati*, per la quale ci si aspettano manovre di contenimento ((al cui dettaglio si rimanda alla sezione specifica del documento) per l'intero triennio 2026-2028 per un importo totale pari a 19 €/mln.

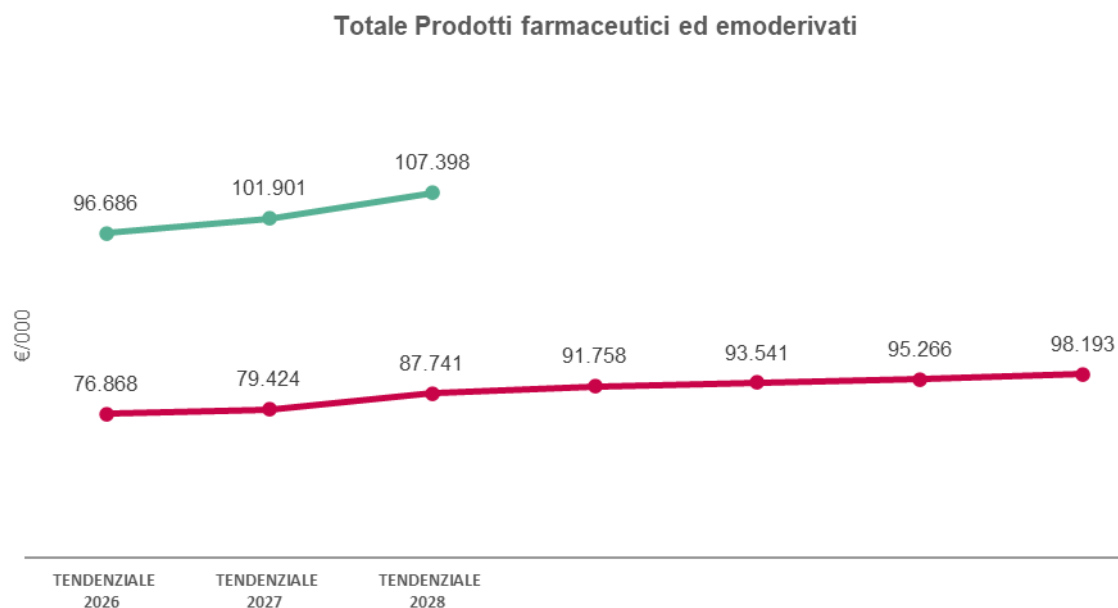


Figura 34. Andamento dei Prodotti farmaceutici ed emoderivati dal 2022 al Programmatico 2028

Componenti Finanziarie e Straordinarie

Le componenti Finanziarie e Straordinarie risultano pari a quanto stimato nei CE Tendenziali al netto di un piccolo adeguamento effettuato sull' IRAP, come già descritto nella manovra dedicata, che tiene conto delle assunzioni del personale infermieristico.

Tabella 24. Andamento sintetico delle voci delle componenti finanziarie e straordinarie dal 2022 al Programmatico 2028

Componenti finanziarie e straordinarie								
CE NEW	CONTO ECONOMICO	CONSUNTIVO 2022	CONSUNTIVO 2023	CONSUNTIVO 2024	IV TRIM 2025	PROGRAMMATICO 2026	PROGRAMMATICO 2027	PROGRAMMATICO 2028
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	-	-	-	-	-	-	-
F2	Saldo Gestione Finanziaria	1.446	1.462	3.024	2.255	1.595	1.595	1.595
F3	Oneri Fiscali	14.265	14.026	14.470	14.262	16.350	16.503	16.503
F4	Saldo Gestione Straordinaria	(3.375)	(1.257)	(41.438)	3.417	-	-	-
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	12.336	14.231	(23.944)	19.934	17.945	18.098	18.098

Occorre altresì precisare che, con riferimento alle sopravvenienze attive e passive che compongono il Saldo della Gestione Straordinaria, tali poste non sono state valorizzate né nel tendenziale né nel programmatico, in quanto, per loro natura, non risultano stimabili.

Si evidenzia, infine, che l'eventuale valorizzazione di tali poste nei singoli esercizi potrebbe determinare un ulteriore peggioramento dei risultati economici preventivati.

Schema di sintesi Programmatico 2026-2028

999 Consolidato Regione Molise											
ID	CONTO ECONOMICO	IV Trim 2025	TEND 2026	MANOVRE 2026	PROG 2026	TEND 2027	MANOVRE 2027	PROG 2027	TEND 2028	MANOVRE 2028	PROG 2028
	€/000										
A1	Contributi F.S.R.	672.769	704.379	-	704.379	709.229	-	709.229	713.595	-	713.595
A2	Saldo Mobilità	18.119	18.218	4.080	22.298	18.218	6.120	24.338	18.218	9.820	28.038
A3	Entrate Proprie	31.938	26.014	-	26.014	26.597	-	26.597	27.257	-	27.257
A4	Saldo Intramoenia	315	315	-	315	315	-	315	315	-	315
A5	Retifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	(621)	(621)	205	(416)	(621)	410	(211)	(621)	621	-
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	(3.755)	332	-	332	1.857	-	1.857	3.000	-	3.000
A	Totale Ricavi Netti	718.765	748.635	4.285	752.921	755.594	6.530	762.124	761.764	10.441	772.206
B1	Personale	182.213	185.568	1.804	187.372	185.568	3.608	189.176	185.568	3.608	189.176
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	91.758	96.686	(3.145)	93.541	101.901	(6.635)	95.266	107.398	(9.205)	98.193
B3	Altri Beni e Servizi	159.612	161.380	(7.267)	154.113	162.575	(11.820)	150.755	163.846	(17.532)	146.314
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	2.923	2.923	-	2.923	2.923	-	2.923	2.923	-	2.923
B5	Accantonamenti	67.658	68.020	(5.740)	62.280	72.596	(9.480)	63.116	72.596	(14.840)	57.756
B6	Variazione Rimanenze	(1.681)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B	Totale Costi Interni	502.484	514.577	(14.348)	500.228	525.564	(24.327)	501.236	532.331	(37.969)	494.362
C1	Medicina Di Base	42.959	42.959	(1.804)	41.155	42.959	(3.608)	39.351	42.959	(3.608)	39.351
C2	Farmaceutica Convenzionata	46.972	49.103	(1.600)	47.503	51.330	(2.747)	48.583	53.658	(3.860)	49.798
C3	Prestazioni da Privato	182.379	185.557	(11.169)	174.387	185.557	(14.960)	170.596	185.557	(14.960)	170.596
C	Totale Costi Esterni	272.309	277.618	(14.573)	263.045	279.845	(21.316)	258.530	282.174	(22.429)	259.745
D	Totale Costi Operativi	774.793	792.195	(28.921)	763.273	805.409	(45.643)	759.766	814.505	(60.397)	754.107
E	Margine Operativo	(56.027)	(43.559)	33.206	(10.353)	(49.815)	52.173	2.358	(52.740)	70.839	18.098
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
F2	Saldo Gestione Finanziaria	2.255	1.595	-	1.595	1.595	-	1.595	1.595	-	1.595
F3	Oneri Fiscali	14.262	16.197	153	16.350	16.197	307	16.503	16.197	307	16.503
F4	Saldo Gestione Straordinaria	3.417	-	-	-	-	-	-	-	-	-
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	19.934	17.792	153	17.945	17.792	307	18.098	17.792	307	18.098
G	Risultato Economico	(75.962)	(61.351)	33.053	(28.298)	(67.607)	51.867	(15.740)	(70.532)	70.532	-
H	Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	25.490	26.122	-	26.122	26.122	-	26.122	26.122	-	26.122
I	Risultato Economico comprensivo di fiscalità aggiuntiva	(50.472)	(35.229)	33.053	(2.176)	(41.485)	51.867	10.382	(44.410)	70.532	26.122