



Regione Molise
DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

Relazione del Responsabile della Gestione Sanitaria Accentrata
Bilancio consuntivo anno 2018 Consolidato

Premessa

A seguito dell'emanazione del Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118 recante <<Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42>> e l'attuazione del principio dell'armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle regioni è stato profondamente innovato il modello di rendicontazione e controllo della spesa sanitaria sia a livello nazionale che regionale.

Le regioni sono chiamate a garantire la quadratura tra sistemi di contabilità pubblica (finanziaria) e sistemi di contabilità economico - patrimoniale, attraverso l'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale, al fine di consentire la confrontabilità immediata fra le entrate e le spese sanitarie iscritte nel bilancio regionale e le risorse indicate negli atti di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard e di individuazione delle correlate fonti di finanziamento, nonché un'agevole verifica delle ulteriori risorse rese disponibili dalle regioni per il finanziamento del medesimo servizio sanitario regionale per l'esercizio in corso (art. 20 D.Lgs. 118/11).

Inoltre, sempre al fine di garantire trasparenza nei flussi di cassa relativi al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale standard, le risorse destinate al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale che affluiscono nei conti di tesoreria unica intestati alle singole regioni e a titolo di trasferimento dal Bilancio dello Stato e di anticipazione mensile di tesoreria sono versate in conti di tesoreria unica appositamente istituiti per il finanziamento del servizio sanitario nazionale (art. 21 D.Lgs. 118/11).

Con il Decreto del Commissario ad Acta n. 96 del 7 novembre 2011, recante "Decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle regioni, degli enti e dei loro organismi, a norma degli artt. 1 e 2 della legge 54 maggio 2009, n. 42". Titolo II° - determinazioni", la Regione ha dato attuazione al comma 2, lett. b) punto i) dell'art. 19 del D. Lgs. 118/2011 e quindi ha esercitato la scelta di gestire direttamente una quota del finanziamento del proprio servizio sanitario con l'istituzione della Gestione Sanitaria Accentrata a far data dal 1° gennaio 2012.

Come stabilito dall'art. 22 del D.lgs 118/2011, la Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) ha precise funzioni e responsabilità attinenti alla Gestione finanziaria e contabile delle risorse destinate al sistema sanitario regionale.

Con decreto del Commissario ad Acta n. 105 del 21 dicembre 2011, è stato adottato il Piano dei Conti della GSA, rimodulato con il DCA n. 48 del 10 ottobre 2012 attesa la necessità di predisporre il Piano dei Conti della GSA e di adeguarlo ai nuovi modelli di riclassificazione CE e SP, di cui al Decreto del Ministero della Salute, di concerto con il MEF, individuato al rep. Atti 93/CS del 19 aprile 2012. A livello regionale, con l'atto commissariale n. 49 del 10 ottobre 2012, è avvenuta anche l'approvazione del nuovo Piano dei Conti dell'ASReM inerente i nuovi modelli di rilevazione del Cono Economico e dello Stato Patrimoniale. A decorrere dal 2011, la Regione, ha adottato una nuova procedura informatizzata per il governo delle procedure contabili.

Attraverso una profonda rivisitazione del sistema di principi contabili di riferimento e della modulistica di bilancio il legislatore ha introdotto una modalità nazionale di tenuta dei conti allo scopo di favorire la comparabilità, la tracciabilità e la qualità dei dati così come richiesto dal Patto della Salute.

Un ruolo di assoluto rilievo viene affidato da questa normativa al soggetto Regione che, sia da un punto di vista organizzativo gestionale, che amministrativo contabile viene visto come una vera e propria holding del sistema.

Al soggetto Regione viene pertanto assegnato uno specifico modello contabile che si sintetizza nella tenuta e redazione dei seguenti documenti:

- Contabilità Sanitaria Accentrata
- Bilancio Consolidato del gruppo sanitario regionale.

In particolare la norma recita che "le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano che esercitano la scelta di gestire direttamente presso la regione o la provincia una quota del finanziamento del proprio servizio sanitario di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), individuano nella propria struttura organizzativa uno specifico centro di responsabilità, d'ora in poi denominato GSA presso la regione, deputato all'implementazione ed alla tenuta di una contabilità di tipo economico-patrimoniale atta a rilevare, in maniera sistematica e continuativa, i rapporti economici, patrimoniali e finanziari intercorrenti fra la singola regione/provincia autonoma e lo Stato, le altre regioni/province autonome, le aziende sanitarie, gli altri enti pubblici ed i terzi vari, inerenti le operazioni finanziate con risorse destinate ai rispettivi servizi sanitari regionali".

LA GSA

La GSA, è normata da un insieme di circolari ministeriali (definite Casistica) che ne delineano le specificità, gli adempimenti ed i sistemi procedurali e di controllo.

L'attività svolta nell'anno 2018 è stata caratterizzata dall'attuazione di quanto previsto nel Programma Operativo Straordinario 2015-2018 approvato in Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atti n.155/CSR del 03/08/2016) e recepito successivamente con DCA n. 52 del 12.09.2016 (Invio SiVeAS prot_91_A_2016) monitorato attraverso un cruscotto, costruito sulla base del cronoprogramma allegato al POS 2015-2018, dove sono presenti 15 Programmi/Obiettivi a ciascuno dei quali è associato un set di indicatori di risultato e di processo.

Stato di attuazione del Programma Operativo Straordinario 2015-2018

Il POS 2015-2018 relativo alla programmazione del Servizio Sanitario della Regione Molise per il periodo 2015-2018, prevede due categorie di intervento: la prima contempla l'applicazione della normativa nazionale vigente in materia di riduzione della spesa per le regioni in piano di rientro; la seconda riguarda il riordino strutturale del SSR.

Relativamente alla prima categoria e quindi alle azioni previste in ottemperanza alle normative vigenti sono stati identificati i seguenti Programmi:

- 1) Adempimenti LEA e Situazione debitoria pregressa;
- 2) Attuazione del D.lgs. 118/2011;
- 3) Certificabilità dei bilanci del SSR;
- 4) Flussi informativi;
- 5) Accredimento;
- 6) Contabilità analitica;
- 7) Rapporti con gli erogatori privati;
- 8) Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi; 9) Gestione del personale.

In relazione alla seconda categoria e quindi alle manovre strutturali di riorganizzazione del sistema, sono stati identificati i seguenti Programmi:

- 10) Sanità pubblica e veterinaria;
- 11) Riequilibrio Ospedale-Territorio;
- 12) Sanità penitenziaria;
- 13) Assistenza farmaceutica;
- 14) Sicurezza e rischio clinico;
- 15) Rapporto con le Università.

Alla data del 31/12/2018, con riferimento a tutti gli obiettivi presenti all'interno del POS 2015-2018, dal cruscotto di monitoraggio risulta quanto segue:

■ Il 74% delle attività risulta "completata"; ■ il 26% delle attività risulta "avviata ma non completata".

In merito al Programma 2 "Attuazione del D.lgs. 118/2011" – Intervento "Realizzazione della contabilità della GSA con la contabilità della Regione", la Regione Molise si è posta come obiettivo quello di continuare a consolidare il percorso già avviato di armonizzazione dei principi contabili e dei criteri di rilevazione per la redazione dei bilanci degli enti del proprio SSR. Nello specifico, ha avviato le attività di implementazione del sistema informativo al fine di garantire l'integrazione della contabilità della GSA con la contabilità del Bilancio regionale.

In particolare la GSA ha definito ed ha comunicato al Bilancio regionale la perimetrazione dei capitoli di entrata e di spesa afferenti la sanità, avendo cura di aggiornare la predetta perimetrazione in presenza di istituzione/variazione dei suddetti capitoli. In relazione, poi, a quanto richiesto dal Titolo I del D. Lgs 118/2011 è stata effettuata la suddivisione dei capitoli di entrata e di spesa del perimetro sanità.

In merito al Programma 3 "Certificabilità dei bilanci del SSR", in attuazione di quanto previsto dal PAC e dal relativo Cronoprogramma approvato con DCA n. 16 del 08/03/2016, la GSA e l'ASReM hanno provveduto a predisporre le procedure amministrativo-contabili, ed a porre in essere le azioni in esso contenute. Nello specifico:

Con delibera n. 612 del 30.06.2016 l'ASReM ha definito e adottato le 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.

Con delibera n. 786 del 30.09.2016 l'ASReM ha definito e adottato le seguenti procedure amministrativo-contabili:

- Gestione Patrimonio Netto;
- Gestione Chiusure Contabili.

Con DCA n. 43 del 28.06.2016 sono state adottate le seguenti procedure amministrativo-contabili e linee guida riguardanti il PAC della GSA e del Consolidato regionale:

- Gestione Ciclo Attivo;
- Gestione Ciclo Passivo;
- Gestione Disponibilità Liquide;
- Linee guida per le modalità di rilevazione contabile degli eventi della GSA.

Con DCA n. 57 del 30.09.2016 sono state adottate le seguenti procedure amministrativo-contabili riguardanti il PAC della GSA e del Consolidato regionale:

- Riconciliazione CO. FI. – CO. EP;
- Gestione Chiusure contabili trimestrali;
- Predisposizione Bilancio d'esercizio e Bilancio Consolidato.

La GSA, ha predisposto la Relazione di accompagnamento al PAC, che riporta lo Stato di avanzamento degli obiettivi e delle relative azioni poste in essere alla data del 30 settembre 2016. La stessa è stata redatta in osservanza di quanto previsto dal DM 01.03.2013 del Ministero della Salute ed inviata, in data 23.12.2016 con prot. 142515, ai Ministeri della Salute (Rif. invio LEA 2015-MdS-062-A-2016) e dell'Economia e Finanze (Rif. invio LEA 2015-MEF-013-A-2016). Inoltre, la GSA ha avviato l'analisi e la ricognizione dello stato di avanzamento del PAC alla data del 31.12.2016 e sta predisponendo la Relazione di accompagnamento.

In relazione ai provvedimenti adottati dall'ASREM e dalla GSA ed a seguito delle attività avviate, la Regione, risulta in linea con le azioni previste nel Cronoprogramma del PAC.

La GSA ha predisposto due Relazioni di accompagnamento al PAC, una che riporta lo Stato di avanzamento degli obiettivi e delle relative azioni poste in essere alla data del 30 dicembre 2016 (Rif. invio LEA 2016-MdS-027-A-2017 e invio LEA 2016-MEF-005-A-2017) e l'altra che riporta lo Stato di avanzamento degli obiettivi e delle relative azioni poste in essere alla data del 31 marzo 2017 (Rif. invio LEA 2016-MdS-027-A-2017 e invio LEA 2016-MEF-005-A-2017).

La Regione ha predisposto e trasmesso il DCA 20 del 28.02.2018 (invio SiVeAS prot_34_A_2018) con il quale rettifica ed integra il DCA 16 del 08.03.2016, approvando il Piano Attuativo della Certificabilità (PAC) e il relativo cronoprogramma PAC.

La GSA ha predisposto la Relazione di accompagnamento al PAC ed il relativo Allegato 4. La relazione, trasmessa con invio LEA 2017-MdS-018-A-2018 e invio LEA 2017-MEF-011-A-2018, riporta lo Stato di avanzamento degli obiettivi e delle relative azioni poste in essere alla data del 30 giugno 2018.

La GSA ha predisposto la Relazione di accompagnamento al PAC ed il relativo Allegato 4. La relazione, trasmessa con invio LEA 2017-MdS-045-A-2018 e invio LEA 2017-MEF-020-A-2018, riporta lo Stato di avanzamento degli obiettivi e delle relative azioni poste in essere alla data del 30 settembre 2018.

La GSA ha predisposto la Relazione di accompagnamento al PAC ed il relativo Allegato 4. La relazione, trasmessa con invio LEA-MdS-7-A-2019 e invio LEA-MEF-01-A-2019, riporta lo Stato di avanzamento degli obiettivi e delle relative azioni poste in essere alla data del 31 dicembre 2018.

In merito al Programma 5 "Accreditamento" la Regione Molise ha lavorato ai fini della rettifica o conferma degli accreditamenti già rilasciati ponendo in essere tutte le procedure previste dalla Legge Regionale n. 18/2008, dal DCA 04/2017 (emanato il 31.01.2017 ed inviato al SiVeAS con prot_05_A_2017) nonché dal DCA n. 36/2017 (emanato il 23.06.2017 ed inviato al SiVeAS con prot_55_A_2017) relativi all'autorizzazione e all'accREDITamento delle strutture pubbliche e private nel SSR molisano. In materia di accREDITamento è stato adottato il DCA n. 43/2018 (prot. 69_18 del 07/05/2018) di istituzione dell'Elenco Regionale dei Valutatori esperti in ambito sanitario, con funzioni di verifica e controllo dei requisiti per l'accREDITamento istituzionale e di approvazione del documento denominato "Modalità di accesso all'elenco regionale dei valutatori e requisiti richiesti e successivamente, recependo i rilevati formulati dal Tavolo Tecnico di Verifica, ha trasmesso in preventiva approvazione ai Ministeri affiancanti la proposta di Decreto del Commissario ad Acta, rubricato <<DCA n. 43 del 16.04.2018. Criteri per il funzionamento degli Organismi Tecnicamente AccREDITanti ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 32/CSR)". Istituzione Elenco Regionale Valutatori". Integrazione.>> (inviato al SiVeAS con prot. 97_A_2018) di istituzione dell'elenco Regionale dei valutatori e di approvazione dei documenti relativi alla "Modalità di accesso al elenco Regionale dei valutatori" e "Regolamento generale

Organismo Tecnicamente Accreditante”. Questa proposta pur valutata positivamente da Tavolo e Comitato presentava “una criticità in merito alle competenze del soggetto responsabile delle funzioni amministrative” la cui complessità ha reso necessaria la richiesta di affiancamento all’AGENAS. Con protocollo n. 2018/0009138 del 09.11.2018 è stata stipulata apposita Convenzione tra l’AGENAS e la Regione Molise, con la quale l’AGENAS si impegna a supportare la Regione nella rilettura/revisione del sistema regionale di accreditamento. Infatti nell’anno 2018 è stato avviato il programma di affiancamento con i referenti AGENAS per la predisposizione dei documenti da sottoporre all’approvazione della nuova struttura commissariale.

In merito al Programma 7 “Rapporti con gli erogatori privati” la Regione Molise ha provveduto all’adozione dei decreti per i tetti di spesa per l’acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati per assistenza ospedaliera, assistenza specialistica ambulatoriale e assistenza territoriale per gli anni 2017 e 2018. Con DCA n. 37 del 28.06.2017 (invio SiVeAS prot_73_A_2017) sono stati fissati i limiti di spesa per l’acquisto di prestazioni sanitarie da privati accreditati per gli anni 2016-2017-2018.

In riferimento in particolare all’intervento “Sottoscrizione contratti di acquisto delle prestazioni con gli erogatori privati accreditati per l’anno 2017 e 2018” la Regione Molise con il DCA n. 38 del 29.06.2017 (invio SiVeAS prot_71_A_2017) ha approvato lo schema di contratto relativo al triennio 2016-2018 per l’acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati.

Sulla base di tali provvedimenti si è proceduto alla contrattazione con gli erogatori privati presenti in regione, addivenendo alla sottoscrizione dei contratti con la Fondazione di ricerca e Cura Giovanni Paolo II e con l’IRCCS Neuromed. La Regione con l’invio SiVeAS prot_82_A_2017 ha trasmesso ai ministeri affiancanti copia dei contratti per l’acquisto di prestazioni

In merito al Programma 13 “Assistenza farmaceutica” la Regione Molise nell’ambito di quanto previsto nel POS 20152018:

- ha stipulato una convenzione che prevede, attraverso l’analisi farmaco economica e di farmaco utilizzazione, il perseguimento degli obiettivi di appropriatezza prescrittiva e di razionalizzazione/contenimento della spesa farmaceutica, mediante la riqualificazione dei determinanti della spesa stessa, come strumento di allocazione razionale delle risorse sanitarie, sia per il livello di cura ospedaliero che per quello territoriale.
- con DCA 78/2017 (invio SiVeAs prot_03_A_2018) ha provveduto ad assegnare al DG ASReM l’obiettivo specifico al rafforzamento dell’utilizzo dei farmaci biosimiliari.
- con nota prot. 7292/2018 (invio SiVeAs prot_02_A_2018) ha aggiornato il PTOR (Dicembre 2017) introducendo i farmaci innovativi, di cui alla tabella AIFA in vigore, e confermando i criteri di redazione del Prontuario e quelli di revisione dello stesso.
- ha proseguito le attività previste nel DCA 55/2016 del 30.09.2016 (invio SiVeAs prot_106_A_2016) con cui si è proceduto all’affidamento dello strumento "business intelligence Health DB" denominato “CRUSCOTTO” in favore della società “Health DB s.r.l”. Lo stesso DCA approvava lo schema di convenzione per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi terapeutici e diagnostici applicati nella parte clinica.

Criteri generali

La presente relazione sulla gestione, che correda il bilancio consuntivo esercizio 2018 Consolidato (ASReM e GSA), è predisposta secondo le disposizioni del D. Lgs. 118/2011 e del Codice Civile ed i Principi Contabili Nazionali.

In attuazione alle seguenti intese, che definiscono l’ammontare delle somme del FSN a disposizione della Regione Molise, si è stabilito il riparto tra la GSA e l’ASREM:

- Intesa ai sensi dell’articolo 115, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 31 marzo 1998 n.112, sulla proposta del Ministero della Salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l’anno 2018 (rep. atti n.148/CSR) del 01/08/2018;
- Intesa ai sensi dell’articolo 1, comma 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n.662, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE relativa all’assegnazione alle Regioni delle quote vincolate, per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale per l’anno 2018 (rep.atti n. 149/CSR)del 01/08/2018;
- ccordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute sulle linee progettuali per l’utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell’articolo 1, comma 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n.662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l’anno 2018 (rep.atti n.150/CSR) del 01/08/2018;
- Intesa ai sensi dell’articolo 2, comma 67 bis della legge 23 dicembre 2009, n.191, e successive modifiche e integrazioni, sullo schema decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e finanze, di ripartizione delle quote premiali per l’anno 2018 (rep.atti n.151/CSR) del 01/08/2018;

L' intesa ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 31 marzo 1998 n.112, sulla proposta del Ministero della Salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2018 **il finanziamento del fondo sanitario indistinto di parte corrente** è esplicitato nella seguente tabella:

Regione	IRAP (a)	Addizionale IRPEF (b)	Integrazione a norma del d- gls 56/2000 (c)	Riparto quota per concorso a rimborso della spesa per l'acquisto di vaccini inclusi nel NPNV Riparto quota per concorso a rimborso oneri per processi di assunzione e stabilizzazione del personale SSN (d)	Quota premiale anno 2018 (e)	Totale indistinto AL NETTO DELLE ENTRATE PROPRIE ANTE MOBILITA' (f=a+b+c+d+e)
MOLISE	10.000.000,00	34.35.000,00	511.922.440,00	1.490.729,00	5.658.570,00	563.425.739,00

Il Fondo Sanitario Regionale 2018 include, oltre alle richiamate somme relative alla << Fibrosi cistica >> e al << gioco d'azzardo>>, quelle inerenti <<gli hanseniani e loro familiari>>; <<la rivalutazione del sussidio a favore degli hanseniani e loro familiari>>; <<la prevenzione e la lotta contro l'AIDS>>; <<norme minime relative a sanzioni e a provvedimenti nei confronti di datori di lavoro che impiegano cittadini di Paesi terzi il cui soggiorno e' irregolare>> (cfr. Legge 190/2014) e che pertanto i pertinenti finanziamenti, calcolati in base al finanziamento anno 2014, ad eccezione del gioco d'azzardo e della fibrosi cistica calcolati in base al finanziamento anno 2018, sono scorporati dal Fondo Sanitario anno 2018, nella considerazione che per le descritte risorse vincolate il bilancio regionale prevede appositi capitoli di entrata e di spesa come esplicitato nella seguente tabella:

CAPITOLO DI ENTRATA	DENOMINAZIONE	IMPORTO	CAPITOLO DI SPESA	DENOMINAZIONE	IMPORTO
7009	F.S.N. RELATIVO A PREVENZIONE E CURA DELLA FIBROSI CISTICA	24.868,90	34098	PREVENZIONE E CURA DELLA FIBROSI CISTICA	24.768,90
708	QUOTA STATALE A TITOLO DI SOCCORSO GIORNALIERO AGLI INFERMI HANSENIANI E LORO FAMILIARI A CARICO	18.636,00	32400	SUSSIDIO SOGGETTI HANSENIANI E LORO FAMILIARI	18.636,00
7060	SPESE PER IL FINANZIAMENTO DEI CORSI DI FORMAZ. E DI ADEGUAM. PER IL PERSONALE DEI REPARTI DI MALATI DI AIDS - QUOTE VINC F.S.N. - L.135/90.	177.714,33	34006	SPESE PER IL FINANZIAMENTO DEI CORSI DI FORMAZ. E DI ADEGUAM. PER IL PERSONALE DEI REPARTI DI MALATI DI AIDS - QUOTE VINC F.S.N. - L.135/90.	177.714,33
7061	SPESA CORRENTE SANITARIA PER CURE DOMICILIARI AI MALATI DI AIDS	79.842,67	34407	SPESA CORRENTE SANITARIA PER CURE DOMICILIARI AI MALATI DI AIDS	79.842,67
7039	RISORSE STATALI PER EMERSONE LAVORO STRANIERI	682.436,00	34140	FONDI STATALI PER EMERSONE LAVORO STRANIERI	682.436,00
7083	GIOCO D'AZZARDO	259.708,00	36404	GIOCO D'AZZARDO	259.708,00
ENTRATE	TOTALE	1.243.105,90	SPESA	TOTALE	1.243.105,90

La Tabella "C" della richiamata intesa n. 148/CSR/2018 riporta i valori di mobilità interregionale per l'anno 2018 come di seguito rappresentato:

Mobilità 2018 (Crediti mobilità interregionale)	Mobilità 2018 (Debiti mobilità interregionale)	Saldo Mobilità 2018
101.733.915,00	78.934.915,00	22.798.935,00

Il Fondo Sanitario Regionale per l'anno 2018 tra la GSA e l'SREM risulta ripartito come dalla tabella di seguito riportata

GSA – quota F.S.R. di parte corrente – anno 2018	€ 76.425.739,00
ASReM – quota F.S.R. di parte corrente – anno 2018	€ 487.000.000,00
TOTALE	€ 563.425.739,00

Ricognizione della situazione patrimoniale

L'implementazione della contabilità economico-patrimoniale per la rilevazione dei fatti gestionali propri della GSA ha comportato la necessità di ricostruzione di uno Stato Patrimoniale iniziale il cui attivo non può che essere costituito anche da crediti riferibili a residui iscritti nel bilancio regionale al 31.12.2011 per somme destinate alla sanità, di competenza di anni precedenti e non ancora rimosse alla data di chiusura del citato bilancio.

Nella fase iniziale di attuazione delle nuove disposizioni si è cercato di immaginare tutte le casistiche possibili e tra queste si è individuata l'eventualità che somme destinate alla sanità, di competenza di anni precedenti, potessero affluire sul conto di tesoreria regionale piuttosto che su quelli dedicati intestati alla GSA.

Di qui l'opportunità di evidenziare e richiedere che nell'eventualità del verificarsi di dette circostanze le interessate somme venissero trasferite dal conto di tesoreria regionale, sul quale fossero eventualmente affluite, ai conti dedicati della GSA legittimata a gestirle. L'incasso di tali somme sui conti della GSA consente di rilevare contabilmente l'afflusso di disponibilità finanziarie in contropartita della riduzione o estinzione dei crediti iscritti nello stato patrimoniale iniziale.

La corretta individuazione delle componenti patrimoniali attive e passive in dotazione alla GSA, all'atto della sua costituzione, ha richiesto una puntuale ricognizione dei residui attivi e passivi, nell'ambito di quelli iscritti nel bilancio regionale, afferenti la sanità, oltre che l'individuazione di eventuali poste patrimoniali attive e/o passive che abbiano quale controparte la stessa regione (es. eventuali crediti per somme afferenti la sanità incassate in epoca antecedente al 31.12.2011 e non ancora impiegate).

La rilevazione dei fatti di gestione in contabilità economico patrimoniale mediante utilizzo di conti economico – patrimoniali collegati ai capitoli di entrata e di spesa del bilancio regionale afferenti la sanità è supportata da specifico programma informatico.

Le fasi di gestione sono le seguenti:

- rilevazione cronologica dei fatti di gestione sulla base di idonea documentazione contabile (impegno, mandato, accertamento, reversali, fatture, ecc.). La procedura genera i registri obbligatori previsti dalle disposizioni di cui al d. lgs. vo 118/2011.
- rilevazione contabile dei fatti gestionali nel piano dei conti: Quest'ultimo consente di rispettare i principi di perimetrazione delle entrate (ricavi) e delle uscite (costi), in ottemperanza a quanto richiesto dalla normativa, ed è stato opportunamente integrato mediante l'introduzione di conti che consentono l'effettuazione di rilevazioni contabili nel rispetto di quanto previsto dal decreto sulla certificabilità dei bilanci. (cfr. conto destinato ad accogliere gli "acconti FS" fino alla definizione del riparto).

Le Procedure Amministrativo Contabili della GSA

Il responsabile della Gestione Sanitaria Accentrata registra i fatti gestionali nel libro giornale e li imputa ai conti relativi a singole categorie di valori omogenei, provvedendo alla rilevazione dei costi, dei ricavi e delle variazioni negli elementi attivi e passivi del patrimonio, in modo da darne rappresentazione nel bilancio di esercizio.

Al fine di garantire il principio di armonizzazione dei sistemi contabili e dei bilanci tra le regioni, in attuazioni delle disposizioni del D.Lgs. 118/2011 sono state introdotte ulteriori innovazioni alla normativa sui seguenti versanti:

- a) nuova struttura del piano dei conti sia economici che patrimoniali - D.M. 15 giugno 2012 (adottati dalla Regione Molise con DCA 105 del 21 dicembre 2011 e n 48 del 10 ottobre 2012), richiedendo pertanto le necessarie modifiche al Piano dei Conti dell'ASREM ed ai modelli utilizzati per le riclassificazioni degli stessi;
- b) definizione degli schemi di CE ed SP e di nota integrativa (D.M. 20 marzo 2013);
- c) nuovi principi di valutazione delle poste contabili specifici del settore sanitario, disciplinate all'articolo 29 del D.Lgs. 118/2011, tra le quali si segnala l'introduzione di aliquote di ammortamento uniche su tutto il territorio nazionale; quest'ultime risultano per alcune categorie di beni più elevate rispetto a quelle vigenti precedentemente;
- d) particolari disposizioni contabili (c.d. "casistica applicativa"), adottate con D.M. 17 settembre 2012, tra le quali si evidenzia il trattamento contabile della sterilizzazione degli ammortamenti.

I rapporti con il Bilancio Regionale

La GSA ed il suo responsabile, in attuazione dell'art. 20 del D.Lgs. 118/2011, hanno trasmesso al Responsabile del bilancio regionale una rimodulazione dell'articolazione dei capitoli di entrata e di uscita del bilancio regionale destinati ad accogliere le risorse finanziarie della sanità, al fine di garantire un'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del servizio sanitario regionale.

Di rilievo appare, quindi, la nuova disciplina inerente l'esatta perimetrazione, nel bilancio, delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del servizio sanitario, per consentire la confrontabilità tra le entrate e le spese iscritte nel bilancio regionale e le risorse indicate negli atti che determinano il fabbisogno sanitario della regione e che, correlativamente, ne individuano le fonti di finanziamento.

Inoltre, al comma 2 del citato art. 20, secondo il quale "per garantire effettività al finanziamento dei livelli di assistenza sanitaria, le Regioni:

- a) Accertano ed impegnano nel corso dell'esercizio l'intero importo corrispondente al finanziamento sanitario corrente, ivi compresa la quota premiale condizionata alla verifica degli adempimenti regionali, le quote di finanziamento sanitario vincolate o finalizzate, nonché gli importi delle manovre fiscali regionali destinate, nell'esercizio di competenza, al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale standard, come stimati dal competente Dipartimento delle finanze.
- b) Accertano ed impegnano nel corso dell'esercizio l'intero importo corrispondente al finanziamento del disavanzo sanitario pregresso.

Per l'esercizio 2018 la GSA ha fornito alla Corte dei Conti - Sezione Regionale di controllo per il Molise, i dati richiesti dal citato Organo di Controllo ai fini dell'istruttoria relativa al giudizio di parificazione del rendiconto generale della Regione Molise per l'esercizio finanziario anno 2018.

Fase delle entrate/ricavi

Il responsabile della GSA opera giornalmente il collegamento con l'Istituto Tesoriere per individuare l'ammontare e la natura delle risorse finanziarie presenti sul conto dedicato.

Le fasi successive sono le seguenti:

- Individuazione dell'elenco dei "provvisori di incasso"
- Stampa del movimento finanziario
- Controllo con i capitoli del bilancio regionale.

Qualora non fosse possibile individuare la natura della risorsa finanziaria, viene effettuata apposita richiesta ai Responsabili dei Servizi della Direzione Generale per la Salute al fine di ottenere le dovute informazioni;

- Collegamento con il sistema informatico per procedere alle operazioni finanziarie e contabili attraverso:
 - ACCERTAMENTO: indicazione del capitolo di entrata, descrizione analitica del provvisorio di entrata (numero – data – natura – importo);
 - Generazione della contabilità analitica attraverso l'inserimento della causale di collegamento del pertinente conto economico con il relativo capitolo di entrata (esempio: risorse afferenti alle vincolate – causale VINC);
 - GENERAZIONE REVERSALE DI INCASSO:
 - indicazione del capitolo di entrata;
 - collegamento con l'accertamento effettuato;
 - Generazione della contabilità analitica attraverso l'inserimento della causale di collegamento con il capitolo di entrata (esempio: risorse afferenti alle vincolate – causale VINC);
 - Generazione scrittura contabile; - Controllo scrittura contabile;

Consolidamento del movimento e generazione della distinta associata; ➤ Invio della reversale all'Istituto tesoriere; ➤ Archiviazione delle distinte emesse.

Fase delle spese/costi

Il responsabile della GSA opera giornalmente il collegamento con l'Istituto Tesoriere per controllare l'ammontare delle risorse finanziarie presenti sul conto dedicato.

Le fasi amministrative della spesa sono di seguito delineate:

Acquisizione degli atti amministrativi da parte delle strutture regionali della sanità.

La determina direttoriale è stata rimodulata nella parte finanziaria, rispetto al previgente modello, riportando la dicitura: "GSA – capitolo di bilancio - numero impegno – importo dell'impegno – data e firma del responsabile della GSA".

La predetta procedura consente di assumere i relativi impegni da parte del responsabile della GSA – unico deputato a detta procedura :

- invio alla struttura proponente del relativo atto debitamente impegnato;
- ricezione da parte della GSA degli atti di liquidazione e pagamento;
- procedure controllo predisposizione del mandato di pagamento;
- trasmissione di copia del mandato di pagamento ai beneficiari e alle strutture della Direzione.

Le fasi finanziarie/contabili della spesa sono di seguito delineate:

- **IMPEGNO:** controllo inerente la capienza del capitolo di bilancio per l'assunzione dell'impegno; - congruità della spesa con il capitolo di bilancio;
- generazione della contabilità analitica attraverso l'inserimento della causale di collegamento del pertinente conto economico con il relativo capitolo di spesa (esempio: risorse FS di parte corrente in acconto ad ASREM – AC/AS);
- generazione scrittura contabile; - controllo scrittura contabile;

GENERAZIONE MANDATO DI PAGAMENTO:

- indicazione del capitolo di SPESA;
- collegamento con l'impegno effettuato;
- enerazione della contabilità analitica attraverso l'inserimento della causale di collegamento del pertinente conto economico con il capitolo di spesa (esempio: MPAYB = mandato di pagamento all'ASREM per somme relative a pay back);
- Generazione scrittura contabile;
- Controllo scrittura contabile;
- generazione del mandato di pagamento;
- Consolidamento del movimento e generazione della distinta associata;
- Invio del mandato all'Istituto tesoriere; - Archiviazione delle distinte emesse.

I rapporti con il terzo certificatore

L'articolo 22, comma 3, lettera d) del D.Lgs. 23.06.2011 n. 118 prevede la figura del "responsabile regionale per la certificazione". La Regione Molise, con legge regionale 18 novembre 2014 n.17 ha provveduto ad individuare la figura del "responsabile regionale per la certificazione", identificandolo con il Collegio dei revisori dei Conti, istituito con legge regionale 15 luglio 2013, n. 6 e ss.mm.ii..

La GSA, in ottemperanza al disposto normativo il terzo certificatore ha provveduto ad effettuare le seguenti attività:

- verifica della regolare tenuta dei libri contabili;
- riconciliazione dei dati contabili con le risultanze del bilancio finanziario; - verifica trimestrale di cassa; - coerenza dei dati inseriti nei modelli ministeriali con le risultanze della contabilità.

Risultato di gestione del bilancio di esercizio

Il bilancio di esercizio anno 2018 della GSA è costituito dallo stato patrimoniale, dal conto economico, dal rendiconto finanziario e dalla nota integrativa ed è stato predisposto secondo le disposizioni del D.Lgs. 118/2011, quindi facendo riferimento al Codice Civile e ai Principi Contabili Nazionali (OIC), fatto salvo quanto difformemente previsto dallo stesso D.Lgs. 118/2011 e s.m.i., nonché dai successivi decreti ministeriali di attuazione.

Lo stato patrimoniale, il conto economico, il rendiconto finanziario e la nota integrativa sono stati predisposti in unità di euro. L'arrotondamento è stato eseguito all'unità inferiore per decimali inferiori a 0,5 Euro e all'unità superiore per decimali pari o superiori a 0,5 Euro.

La GSA non ha movimentato poste di bilancio relative a:

- Immobilizzazioni immateriali;
- Immobilizzazioni materiali;
- Titoli;
- Partecipazioni;
- Rimanenze;
- Ratei e risconti;
- Premio Operosità Medici SUMAI;
- TFR;
- Imposte sul Reddito; - Conti d'ordine.

L'ASREM

Anche per l'esercizio 2018 la gestione dell'ASREM è stata influenzata in modo determinante dalle misure adottate in riferimento a quanto previsto dal POS 2015/18 per l'avvio e la messa a regime del processo di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale.

Al fine di perseguire l'attuazione delle linee di indirizzo di cui al POS 2015-2018, l'Azienda ha posto in essere un'articolata serie di azioni connesse alla finalità di raggiungere l'equilibrio di bilancio in applicazione della normativa nazionale vigente in materia della riduzione della spesa e delle disposizioni per le regioni in piano di rientro, assicurando contestualmente, così come previsto dagli standard nazionali, l'erogazione dei LEA, attraverso strategie di riordino organizzativo e strutturale del sistema sanitario aziendale.

I successivi obiettivi contenuti nell'elenco inserito nel contratto sono quasi tutti esplosione del primo "Attuazione delle linee di indirizzo di cui al POS 2015-2018".

Pertanto nell'esposizione dei risultati nella presente relazione relativamente a tale primo obiettivo saranno rappresentati i risultati del riequilibrio economico della gestione, rinviando ai successivi la descrizione dei risultati connessi all'erogazione dei livelli di assistenza

Criteri generali di predisposizione della relazione sulla gestione

La presente relazione sulla gestione, che corredata il bilancio di esercizio 2018, è stata predisposta secondo le disposizioni del D. Lgs. 118/2011, quindi facendo riferimento al Codice Civile e ai Principi Contabili Nazionali (OIC), fatto salvo quanto difformemente previsto dallo stesso D. Lgs. 118/2011.

La presente relazione sulla gestione, in particolare, contiene tutte le informazioni minimali richieste dal D. Lgs. 118/2011. Fornisce inoltre tutte le informazioni supplementari, anche se non specificamente richieste da disposizioni di legge, ritenute necessarie a dare una rappresentazione esaustiva della gestione sanitaria ed economico-finanziaria dell'esercizio.

L'equilibrio di Bilancio

L'esercizio 2018 si è chiuso in linea con quanto indicato nel programmatico 2018 di cui al POS 2015-2018.

Il risultato di esercizio, pari ad un utile di € 26.297,00 risulta anzi in miglioramento rispetto al dato consuntivo previsionale approvato con Provvedimento n.10 del 09/01/2018 (risultato economico previsto: € 0,00). Le manovre sul Personale, Beni e Servizi, Farmaceutica previste nel POS, in linea con le iniziative già intraprese, hanno determinato la realizzazione degli obiettivi economici preventivati.

In particolare:

Acquisti di beni e servizi - Nell'anno 2018 l'ASREM ha proseguito nelle iniziative mirate sia alla verifica dell'appropriatezza dei consumi e dell'erogazione dei servizi, sia, ove possibile, alla riduzione dei prezzi di acquisto. Si rinvia a quanto dettagliatamente riportato alle pag.65 e ss. della presente relazione

Spesa per il personale - Con l'Atto Aziendale adottato con deliberazione n.301 del 27.03.2018 è stata approvata la dotazione organica complessiva del personale dipendente A.S.Re.M. e, a seguito della determinazione dei posti coperti e vacanti al 1° luglio 2018, con deliberazione n. 1014 del 04/10/2018 è approvato il piano assunzionale 2018, determinato in osservanza dei limiti di spesa programmati per l'anno 2018 e 2019. Nel Bilancio di Previsione 2018 si indicava in €/000 177.452 il costo da sostenere in coerenza ai previsti ingressi di personale in esito al blocco del turn-over (ed al netto delle cessazioni previste).

A seguito di rilascio di autorizzazioni ad assunzioni a tempo indeterminato di cui alla nota prot.58608 del 14/07/2017 della Direzione Generale per la Salute, l'ASREM ha dato avvio a procedure di assunzioni tramite l'Istituto della mobilità, procedure di stabilizzazione e procedure concorsuali di personale Dirigente Medico come di seguito riepilogato:

Focus Assunzioni Dirigenza Medica Tempo Indeterminato 2017-2018

Anno Assunzioni	Disciplina Mansioni	Mobilità Dirig. Medica e Veterinari	Assunzione per Concorso Pubblico	Assunzione per Stabilizzazione	Totale	
2017	Ortopedia e Traumatologia	1			1	
2018	Medicina e Chir. D'accettazione e Urgenza	2	8	1	11	(*)
2018	Ortopedia e Traumatologia			2	2	
2018	Pediatria	1	1		2	(**)
2018	Neonatologia			1	1	
Totale Assunzioni tempo indeterminato		4	9	4	17	

(*) Di cui n.1 dirigente medico cessato dal servizio con causale:
Dimissioni Volontarie

(**) Di cui n.1 dirigente medico cessato dal servizio con causale:
Dimissioni Volontarie

Totale Cessazioni tempo indeterminato**2**

Tuttavia, a causa soprattutto della carenza di Sanitari Specialisti e, quindi, delle difficoltà nel reclutamento di personale, il fabbisogno previsto non è stato soddisfatto. Tale circostanza, unitamente alle fisiologiche cessazioni in ragione dell'età di pensionamento nonché dell'avviato riordino delle Unità operative, ha determinato una ulteriore riduzione in termini economici della spesa del personale rispetto all'anno precedente, rimanendo ben al di sotto della previsione di costo 2018:

	ESERCIZIO 2018 (A)	ESERCIZIO 2017 (B)	DELTA (A-B)	B.PREVISIONE 2018 (C)	DELTA (A-C)
TOTALE COSTO DEL PERSONALE	173.930	175.252	-1.322	177.452	-3.522

Assistenza farmaceutica - La razionalizzazione della spesa farmaceutica è proseguita nel 2018 attraverso il rafforzamento dell'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto e di farmaci biosimilari, la revisione periodica del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR) e del processo decisionale di aggiornamento (farmaceutica ospedaliera) e attraverso il monitoraggio dell'attività prescrittiva, attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria, gli interventi per obiettivi di appropriatezza clinica, gli incentivi per la prescrizione di farmaci equivalenti, la prosecuzione dell'acquisizione diretta di ossigeno medicinale (farmaceutica territoriale/convenzionata). Si rinvia a quanto dettagliatamente riportato a pag.52 e ss. della presente relazione.

Il confronto tra il Consuntivo 2017 e il Consuntivo 2018 evidenzia una riduzione praticamente pari al 100% della perdita di esercizio, nonostante il notevole impatto della gestione finanziaria sull'esercizio 2018 a causa della contabilizzazione di ingenti interessi moratori derivanti dalla definizione di posizioni debitorie pregresse (debiti anni 2014 e precedenti) conseguenti ai pagamenti di cui alla DGR n.632/2015.

Per far fronte alla grave situazione di crisi dovuta alle dimensioni dell'indebitamento pregresso dell'ASREM e all'accumularsi di ritardi nei pagamenti delle forniture di beni e servizi, la Regione Molise ha deciso di destinare al ripiano dei debiti pregressi del sistema sanitario le risorse derivanti dal Programma Attuativo Regionale (PAR) Molise – Fondo per lo Sviluppo e Coesione (FSC) 2007-2013, dal riconoscimento delle premialità fino all'anno 2009 per il superamento dei LEA, dal "Piano per il risanamento del Molise" di cui alle legge di stabilità 2015 (legge 190/2014) ed infine dalla richiesta di accesso alla liquidità a valere sulle risorse di cui all'articolo 3, comma 1 del D.L. n. 35/2013, come integrate dai D.L. n. 102/2013 e D.L. n.66/2014. Con deliberazione n.632 del 20/11/2015 la Giunta Regionale del Molise ha stabilito che le descritte cospicue risorse sarebbero state utilizzate, attraverso la stipula di accordi transattivi con i creditori, predisposti e sottoscritti dalla stessa Regione, per il pagamento dei debiti fino al 31/12/2014.

L'attività di ripiano ha avuto effettivamente inizio solo sul finire dell'anno 2016 ed è proseguita nel 2017 e nel 2018, attraverso il diretto coinvolgimento dell'ASREM (DGR n.560 del 29/11/2016) nella predisposizione e sottoscrizione degli accordi transattivi con i fornitori. Tale circostanza ha determinato per l'Azienda, uno straordinario impegno (attività istruttoria, di controllo e verifica contabile, di certificazione dei crediti, di formalizzazione e sottoscrizione di atti transattivi, di predisposizione di delegazioni di pagamento e di chiusura di partite debitorie) che ha consentito la definizione di n.298 transazioni relative a fornitori con crediti di importo >10.000 euro, alla data del 31/12/2018. Nel contempo, alla medesima data, sono state altresì definite n.336 posizioni di importo <10.000 euro con pagamento diretto da parte dell'ASREM.

La descritta attività di ripiano dei debiti pregressi ha costituito il presupposto per il riequilibrio finanziario dell'ASREM e per il ripristino di una accettabile gestione della Tesoreria, precedentemente afflitta dall'incessante susseguirsi di procedure esecutive con apposizione di vincoli giudiziari ed assegnazioni di somme limitanti l'effettiva disponibilità di cassa.

Al fine di ridurre i tempi di pagamento dell'ASREM si è provveduto alla rivisitazione delle procedure amministrativo-contabili propedeutiche al saldo delle fatture passive e si è posta particolare attenzione alla tempestività dei pagamenti, ottenendo nel 2018 risultati più che lusinghieri in ordine ai ritardi nei pagamenti in quanto il valore dell'indice ASREM relativo all'anno 2018 è diminuito di oltre il 60% rispetto all'anno precedente:

PERIODO	PCC	ASREM
ANNO 2015	131,73	340,88
ANNO 2016	184,07	390,20
ANNO 2017	75,27	460,63
ANNO 2018	85,79	184,84

() l'indice ASREM si riferisce a tutti i pagamenti effettuati nel periodo, indipendentemente dalla data di ricevimento delle fatture mentre l'indice PCC si riferisce alle sole fatture presenti in Piattaforma Crediti Commerciali.*

Segue tabella con confronti 2018/2017 e con il BEP 2018 (fonte: Modelli CE).

CODICE	DESCRIZIONE	ESERCIZIO 2018 (A)	ESERCIZIO 2017 (B)	DELTA (A-B)	B.PREVISIONE 2018 (C)	DELTA (A-C)
	A) Valore della produzione					
AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	498.491	501.751	-3.260	496.003	2.488
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-1.419	-1.560	141	-1.177	-242
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	9.546	10.116	-570	3.818	5.728
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	11.545	12.054	-509	11.168	377
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	3.541	2.513	1.028	1.024	2.517
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	4.639	4.577	62	6.014	-1.375
AA0980	A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	3.458	828	2.630	1.917	1.541
AA1050	A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0	0	0	0	0
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	518	618	-100	1.199	-681
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	530.318	530.897	-579	519.967	10.351

	B) Costi della produzione					
BA0010	B.1) Acquisti di beni	104.659	101.797	2.862	94.209	10.450
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	214.980	209.972	5.008	197.437	17.543
BA0400	B.2.A) Acquisti servizi sanitari	178.499	177.497	1.002	167.837	10.662
BA1560	B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	36.481	32.475	4.006	29.600	6.881
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	12.391	12.031	360	10.242	2.149
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	2.097	2.157	-60	2.190	-93
BA2080	<u>Totale Costo del personale</u>	<u>173.930</u>	<u>175.252</u>	<u>-1.322</u>	<u>177.452</u>	<u>-3.522</u>
BA2090	B.5) Personale del ruolo sanitario	149.245	150.075	-830	150.710	-1.465
BA2230	B.6) Personale del ruolo professionale	115	135	-20	172	-57
BA2320	B.7) Personale del ruolo tecnico	16.054	16.316	-262	17.554	-1.500
BA2410	B.8) Personale del ruolo amministrativo	8.515	8.726	-211	9.016	-501
BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	2.069	3.739	-1.670	5.540	-3.471
BA2560	<u>Totale Ammortamenti</u>	<u>6.543</u>	<u>5.257</u>	<u>1.286</u>	<u>7.285</u>	<u>-742</u>
BA2570	B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	130	1	129	486	-356
BA2580	B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	6.412	5.256	1.156	6.799	-387
BA2590	B.12) Ammortamento dei fabbricati	4.093	3.063	1.030	3.265	828
BA2620	B.13) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	2.319	2.193	126	3.534	-1.215
BA2630	B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0	0	0	0	0
BA2660	B.15) Variazione delle rimanenze	-81	-1.114	1.033	0	-81
BA2690	B.16) Accantonamenti dell'esercizio	10.823	12.742	-1.919	9.014	1.809
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	527.409	521.833	5.576	503.369	24.040
	C) Proventi e oneri finanziari					
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	-7.092	-13.051	5.959	-3.170	-3.922
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0	0	0	0	0
	E) Proventi e oneri straordinari					

EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	18.269	246	18.023	0	18.269
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	14.086	-3.741	17.827	13.428	658
YZ9999	Totale imposte e tasse	14.059	13.972	87	13.428	631
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	26	-17.713	17.739	0	26
dati in €/000						

L'erogazione dei LEA

L'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 affida la Verifica degli Adempimenti, cui sono tenute le regioni, al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse (di seguito brevemente rinominato come Comitato LEA) che congiuntamente al Tavolo di verifica degli adempimenti, consente alle regioni coinvolte (sono escluse: la Valle d'Aosta, le due Provincie Autonome di Bolzano e Trento, il Friuli Venezia Giulia e la Sardegna dal 2010) di accedere alla quota premiale¹ del 3% (per le regioni adempienti nell'ultimo triennio la quota è pari al 2%) delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario al netto delle entrate proprie.

La certificazione degli adempimenti avviene mediante la documentazione richiesta appositamente alle regioni attraverso un questionario ed un'analisi della stessa integrata con informazioni già disponibili presso il Ministero della Salute e Aifa. La certificazione è effettuata dai componenti del Comitato LEA che stabiliscono annualmente gli adempimenti e i relativi criteri di valutazione. Il lavoro istruttorio viene condotto dagli uffici del Ministero, Aifa e Agenas, competenti nelle materie degli adempimenti, e successivamente esaminato e convalidato dai componenti del Comitato LEA. Prima della conclusione dell'intera procedura, è previsto un confronto interattivo con i rappresentanti regionali.

Nello specifico, la certificazione dell'adempimento relativo all'area "mantenimento nell'erogazione dei LEA" avviene attraverso l'utilizzo di un definito set di indicatori ripartiti tra l'attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, raccolti in una griglia (cd. Griglia LEA) che consente di conoscere e cogliere nell'insieme le diversità ed il disomogeneo livello di erogazione dei livelli di assistenza.

La Griglia LEA si propone pertanto come un valido strumento capace di individuare per le singole realtà regionali quelle aree di criticità in cui si ritiene compromessa un'adeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza e dall'altro canto ne evidenzia i punti di forza rappresentando, quindi, un adeguato strumento di supporto e di ausilio alle istituzioni politiche e programmatiche sia del livello nazionale che regionale e locale per interventi puntuali e per decisioni di maggiore efficacia. Alla base dell'attività di monitoraggio, la cornice di riferimento per la raccolta dei dati e delle informazioni sanitarie è costituita dal patrimonio informativo reso disponibile nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e dalle metodologie di supporto alla lettura dei dati ed alla comprensione dei fenomeni sanitari, consolidate nell'ambito del Sistema nazionale di Verifica e Controllo dell'Assistenza Sanitaria (SiVeAS).

La verifica sintetica dell'adempimento sul "mantenimento dei LEA" avviene attraverso la raccolta ed elaborazione di un set di indicatori selezionati appositamente dai rappresentanti del Comitato LEA con il fine di conoscere l'erogazione dei livelli di assistenza sul territorio nazionale ed evidenziare le eventuali criticità.

Con DPCM del 12 gennaio 2017, sono stati introdotte o modificate le prestazioni essenziali previste e da dover garantire alla popolazione.

Ciò è ricompreso nelle linee di programmazione e d'attuazione del nuovo Atto aziendale dell'ASReM, adottato con Provvedimento DG n. 301 del 27-03-2018 ratificato con DCA n.39 dell'11/04/2018.

L'Atto Aziendale rimodula la complessiva organizzazione delle strutture aziendali anche in funzione della necessità di dover garantire con maggior accuratezza i Livelli Essenziali d'Assistenza di diretta competenza ASReM.

L'Azienda sta cercando di riorganizzare e di affinare la propria capacità di risposta ai bisogni di salute attesi da questa disposizione rivedendo le modalità di erogazione di alcune prestazioni sanitarie al fine di ridurre l'inappropriatezza, riconvertendo le strutture ospedaliere in territoriali, potenziando i servizi di assistenza territoriale.

L'Azienda sta implementando e procedendo anche al rafforzamento di strumenti e metodologie per le iniziative dirette alla verifica dell'appropriatezza delle prestazioni anche attraverso l'analisi dei fabbisogni.

Con l'Atto Aziendale è stata realizzata una riorganizzazione "straordinaria" della rete dei servizi sanitari regionali che rappresenta una importante sfida organizzativa e che ha prodotto un'operazione di reengineering care processes finalizzata al miglioramento dei servizi offerti dalle macro-reti assistenziali e all'abbattimento dei costi sostenuti per il pareggio di bilancio entro il 2018, nella cornice del macro obiettivo di uscire dal commissariamento e dal Piano di rientro.

Nel corso del 2018 è proseguita la riorganizzazione dell'area organizzativa / gestionale di supporto al fine di ricondurre all'interno di una "governance" unica le numerose azioni volte alla implementazione di nuovi setting di cura intermedi e di transizione tra assistenza per acuti e domicilio, spostando il baricentro della risposta sanitaria dall'ospedale al territorio, in un'ottica di interattività e integrazione della rete dei servizi sociali, sociosanitari.

La riorganizzazione delle aree produttive si è esplicitata attraverso le seguenti direttrici principali:

- Potenziamento rete dei servizi sanitari territoriali
- Integrazione ospedale-territorio
- Ospedali per intensità di cura ed aree omogenee.

Generalità sul territorio servito, sulla popolazione assistita e sull'organizzazione dell'Azienda

L'ASREM opera su un **territorio** coincidente con le provincie di Campobasso ed Isernia, con una popolazione complessiva di 308.493 abitanti (*Fonte: dati ISTAT sulla popolazione residente al 1 gennaio 2018*), tendenzialmente stabile rispetto a quella presente al 1° gennaio 2017, distribuiti in 84 Comuni sulla provincia di Campobasso e 52 Comuni sulla provincia di Isernia, suddivisi in 3 Distretti Sanitari di Base.

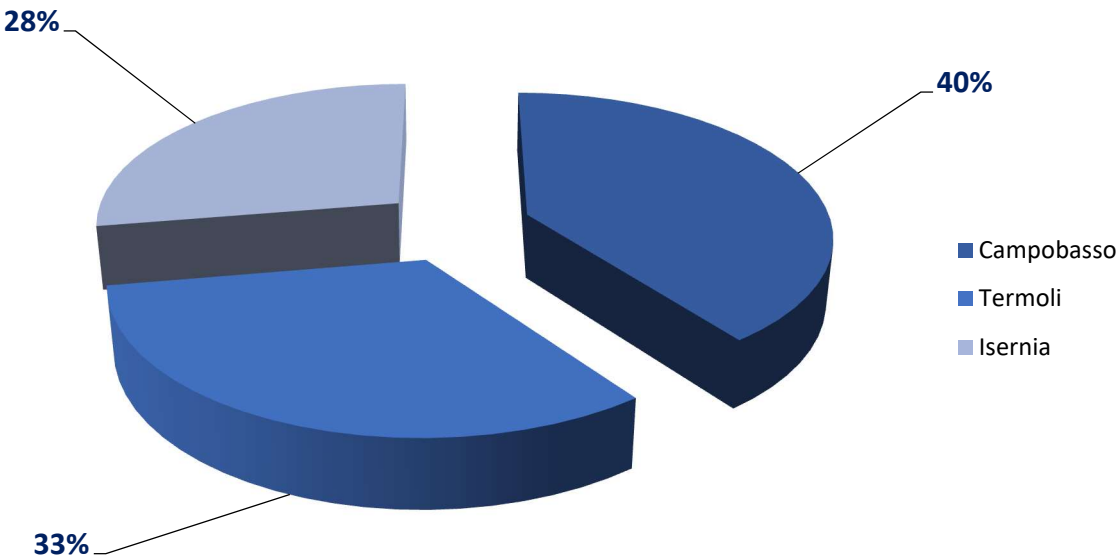
La ridefinizione degli ambiti territoriale distrettuali, ha determinato la costituzione all'interno dell'ASReM di n. 3 Distretti Socio-sanitari (DDSoSa), le cui caratteristiche geomorfologiche, indici demografici ed indicatori dello stato di salute sono di seguito riportati.

1. La popolazione

Le TAV 1 e 5 riportano la popolazione dei 3 DDSoSa, con il 40% presente nel DSoSa n. 1 di Campobasso, il 32% nel DSoSa n. 2 di Termoli ed il 28% nel DSoSa di Isernia

Popolazione totale ASReM					
Distretti Sanitari	Maschi	Femmine	Totale	% della Regione	% Maschi
Campobasso	60.193	62.598	122.791	40%	49,0%
Termoli	49.714	50.751	100.465	33%	49,5%
Isernia	42.321	42.916	85.237	28%	49,7%
Totale ASReM	152.228	156.265	308.493	100,0%	49,3%

Popolazione totale ASReM



Le TAV 2,3 e 4 mostrano la distribuzione della popolazione per DSoSa, sesso e fascia di età

Popolazione maschile ASReM per fasce di età				
Distretti Sanitari	0-14 anni	15-64 anni	65+ anni	Totale
Campobasso	7.255	39.947	12.991	60.193
Termoli	6.237	33.012	10.465	49.714
Isernia	4.955	28.089	9.277	42.321
Totale ASReM	18.447	101.048	32.733	152.228

Popolazione femmine ASReM per fasce di età				
Distretti Sanitari	0-14 anni	15-64 anni	65+ anni	Totale
Campobasso	6.690	38.871	17.037	62.598
Termoli	5.700	31.749	13.302	50.751
Isernia	4.547	26.701	11.668	42.916
Totale ASReM	16.937	97.321	42.007	156.265

Popolazione ASReM per fasce di età				
------------------------------------	--	--	--	--

Distretti Sanitari	0-14 anni	15-64 anni	65+ anni	Totale
Campobasso	13.945	78.818	30.028	122.791
Termoli	11.937	64.761	23.767	100.465
Isernia	9.502	54.790	20.945	85.237
Totale ASReM	35.384	198.369	74.740	308.493

Popolazione ASReM per fasce di età				
Distretti Sanitari	0-14 anni	15-64 anni	65+ anni	Totale
Campobasso	11%	64%	24%	100%
Termoli	12%	64%	24%	100%
Isernia	11%	64%	25%	100%
Totale ASReM	11%	64%	24%	100%

La distribuzione della popolazione assistita per fasce di età è la seguente:

Assistibili.0 - 13 anni	32.539
Assistibili.14- 64 anni	197.011
Assistibili.65- 74 anni	35.109
Assistibili.Oltre 75 anni	42.814
<i>Totale assistibili</i>	<i>307.473</i>

La popolazione esente da ticket, nell'esercizio 2018, è pari a 181.028 unità, così distinta:

Età	89.012
Altri motivi	83.277
<i>Totale esenzioni</i>	<i>172.289</i>

Dichiarazione sulla coerenza dei dati esposti con i modelli ministeriali di rilevazione flussi:

MODELLO FLS 11 Anno 2018	I dati sulla popolazione assistita, e sulla sua scomposizione per fasce d'età, sono coerenti con quelli esposti nel QUADRO G del Modello FLS 11.
MODELLO FLS 11 Anno 2018	I dati sulla popolazione esente da ticket sono coerenti con quelli esposti nel QUADRO H del Modello FLS 11 (esenti al 1 gennaio 2019).

I dati relativi alla popolazione assistibile, sopra riportati, differiscono, com'è evidente, da quelli ISTAT che riportano la complessiva popolazione residente.

Per quanto attiene l'**organizzazione**, l'ASREM adotta un modello organizzativo di tipo “*line & staff*”.

Il modello prevede una gerarchia per livello delle principali funzioni amministrative e sanitarie, da cui deriva che ciascun livello gerarchico assume la responsabilità ed il controllo dei livelli immediatamente subordinati. Questo meccanismo di coordinamento è altresì basato sulla fissazione di obiettivi comuni e di strumenti di pianificazione di tipo “*top down*” (che

parte dalla direzione strategica aziendale verso gli organi di gestione intermedia). Gli organi di comando e i loro diretti subordinati sono definiti organi di *line*.

I principali organi di *line* dell'ASREM sono rappresentati da:

- Gestione Beni e Servizi – Provveditorato ed Economato
- Gestione Patrimonio
- Gestione Risorse Umane
- Gestione Economico - Finanziaria
- Area Tecnica
- Affari Generali
- Affari Legali
- Area Farmaceutica

Alla gestione amministrativa in senso stretto, si affiancano, in *line*, tutti gli organi di gestione propriamente sanitaria:

- Macrostrutture ospedaliere (Presidi e Stabilimenti ospedalieri)
- Macrostrutture territoriali (Distretti)
- Macrostrutture dipartimentali territoriali (Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento di Prevenzione)

Il modello prevede inoltre la presenza di organi di supporto (*staff*) che si affiancano direttamente agli organi di governo, in base alle competenze specialistiche di cui dispongono.

I principali organi a supporto della Direzione Strategica dell'ASREM sono rappresentati da:

- Controllo di Gestione
- Sistemi Informativi Aziendali
- Governo Clinico
- Governance del Farmaco

Generalità sulla struttura e sull'organizzazione dei servizi

L'atto aziendale disegna l'organizzazione e le articolazioni di governo dell'ASREM.

L'atto aziendale, nel recepire gli atti di programmazione regionale, ha ridisegnato nel complesso la rete degli ospedali aziendali, mediante la razionalizzazione dei posti letto e la redistribuzione degli stessi nel Presidio Ospedaliero Unico Regionale del Molise di Campobasso, con il plesso ospedaliero di Termoli ed il complesso ospedaliero di Isernia - Agnone.

I due ospedali di Larino e Venafrò sono stati riconvertiti in strutture territoriali, nell'ottica di una sostanziale modifica del modello di assistenza che ha comportato un notevole sforzo organizzativo.

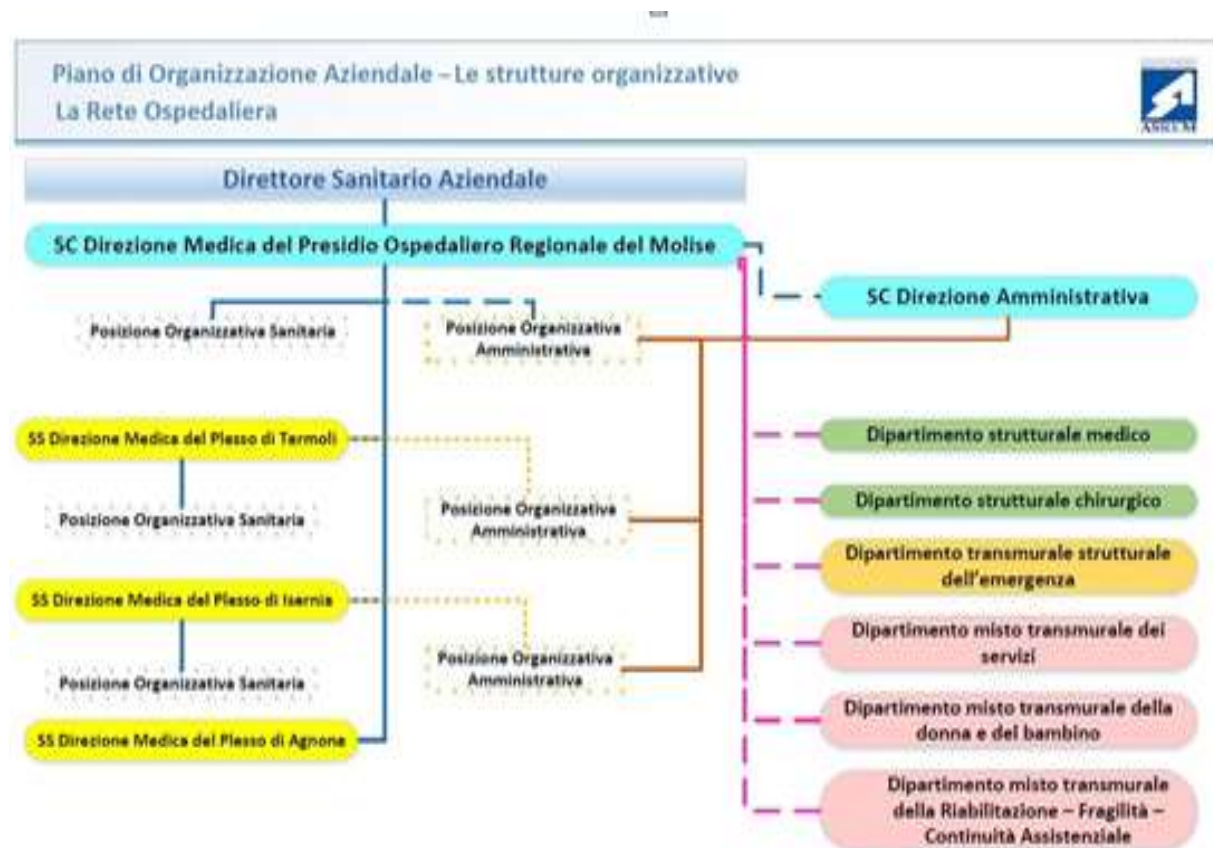
La riorganizzazione del percorso di continuità assistenziale, infatti, nato dalla necessità di migliorare ed ottimizzare l'assistenza al paziente nel passaggio dalla fase acuta alla fase sub – acuta/cronica, in relazione ai suoi bisogni e al tipo di patologia, ha comportato una razionalizzazione dell'organizzazione a livello aziendale, indirizzata a ridurre i tempi di degenza ed i relativi costi per le patologie croniche, permettendo un utilizzo più congruo dei posti letto evitando ospedalizzazioni protratte e inappropriate.

L'ASREM ha provveduto, pertanto, a definire ed ad attuare l'organizzazione funzionale di tutto il sistema, aggregando le strutture in dipartimenti, definendo in particolare quelle attività che sono comuni a ospedale e territorio e condivise tra più discipline, in un'ottica assistenziale di collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale tipica della rete.

Il Dipartimento rappresenta, nell'organizzazione aziendale, il modello di gestione operativa delle attività, volta a dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali ed esaustive rispetto ai compiti assegnati. Ad essi fanno capo le Unità Operative Complesse, semplici e semplici dipartimentali, il cui numero è conforme agli standard della programmazione.

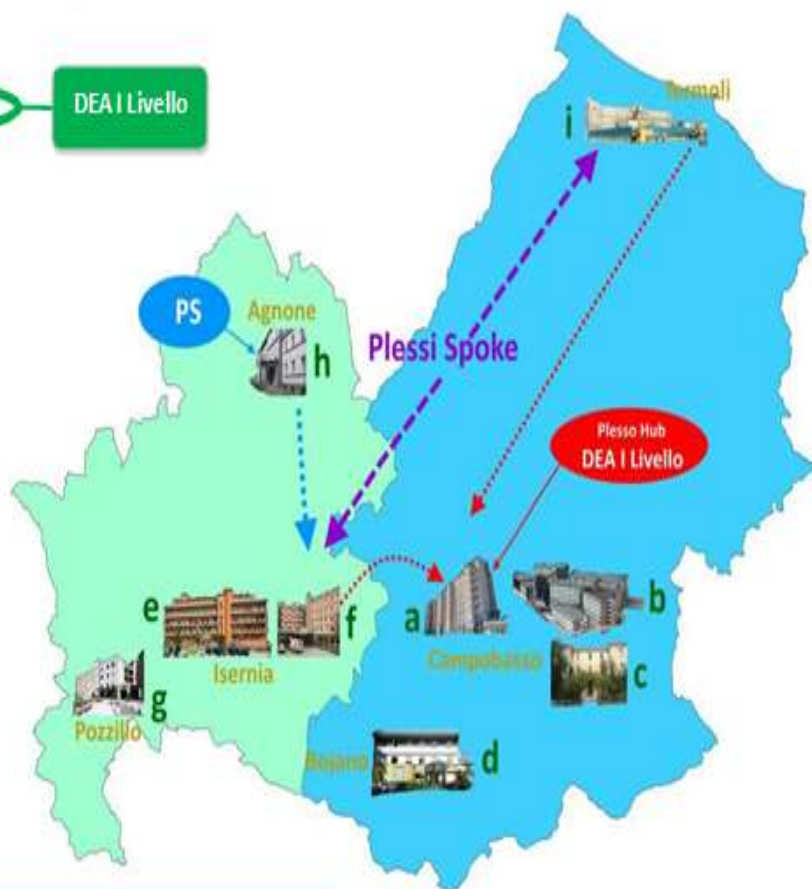
L'Azienda si è dotata, pertanto, di modelli dipartimentali funzionali agli obiettivi assistenziali e alla gestione delle risorse umane e strutturali.

In particolare la rete ospedaliera si caratterizza per la presenza di dipartimenti strutturali, cioè caratterizzati dall'omogeneità, sotto il profilo dell'attività, delle risorse umane o tecnologiche impiegate o delle procedure operative adottate (Dipartimento strutturale medico, Dipartimento strutturale chirurgico, Dipartimento strutturale dei servizi). A questi, nell'ottica dell'integrazione tra ospedale e territorio si affiancano i dipartimenti transmurali misti, costituiti da unità operative ospedaliere integrate per la parte strutturale e funzionalmente collegate con le unità operative territoriali, omogenee e non, per finalità comuni (Dipartimento transmurale strutturale dell'emergenza, Dipartimento misto transmurale della donna e del bambino, Dipartimento misto transmurale della Riabilitazione– Fragilità – Continuità Assistenziale).



Nell'ottica del modello organizzativo a tipo Hub e spoke, previsto dagli atti di programmazione regionale, con l'atto aziendale è stato definito un sistema in rete degli ospedali pubblici attraverso la creazione della UOC di "direzione medica del presidio ospedaliero regionale del Molise" che definisce come un unico sistema i quattro plessi ospedalieri aziendali, dotati del numero di posti letto e delle discipline previste, funzionali alla costituzione della rete dell'emergenza e delle patologie tempo-dipendenti.

Plessi Ospedalieri Pubblici	
a	PLESSO OSP. CARDARELLI - Campobasso
f	PLESSO OSP. VENEZIALE - Isernia
i	PLESSO OSP. SAN TIMOTEO - Termoli
h	PLESSO OSP. CARACCILOLO - Agnone
Strutture Private Accreditate	
c	C.d. C. VILLA MARIA - Campobasso
d	C.d. C. VILLA ESTHER - Bolano
e	GEA MEDICA - Isernia
g	I.R.C.C.S. NEUROMED
b	FONDAZIONE G.P. II - Campobasso



	R.O.	D.H.	Totale PL
Plesso Ospedaliero Pubblico	534	84	618
Struttura Privata Accreditata	355	25	380
Totale Posti Letto Molise	889	109	998

In particolare, l'Ospedale Cardarelli di Campobasso ha subito, a seguito della riorganizzazione, una sostanziale modifica del layout assistenziale basato sull' *'area funzionale omogenea assistenziale di pertinenza internistica e per intensità di cure'* (Provvedimento del Direttore Generale ASREM n. 506 del 15 maggio 2017), strutturata sul modello dell'ospedale lean, indicato dal POS 2015-18.

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



11

Aspetti organizzativi e percorso di presa in carico del paziente



Il modello funzionale adottato ha consentito anche la razionalizzazione di posti letto e delle risorse umane, tali da permettere il regolare svolgimento delle attività, pur in carenza di personale legato al blocco del turn over nell'ospedale che rappresenta, nella rete, l'hub per l'emergenza e le patologie tempo-dipendenti.

Sempre nell'ambito della gestione della reti dell'emergenza, l'azienda ha provveduto a stipulare un protocollo d'intesa con l'IRCCS Neuromed per far fronte alle patologie tempo dipendenti che richiedono la competenza neurochirurgica. Infatti, in seguito alla soppressione dei posti letto della disciplina di Neurochirurgia presso l'ospedale Cardarelli di Campobasso, prevista dal POS, l'accordo tra Azienda e Neuromed ha permesso, anche nel corso dell'anno 2018, il trattamento dei pazienti presso la sede dell'IRCCS se trasportabili o, in alternativa, gestiti presso lo stesso ospedale Cardarelli con l'ausilio dei professionisti Neuromed (Provvedimento del DG n. 281 del 30/03/2017).

Il protocollo è stato rinnovato con Provvedimento del Direttore Generale n. 785 del 17.7.2018, anche a seguito di mutate condizioni organizzative, al fine di conservare le attività di NCH connesse alla rete trauma e ictus presso il presidio Ospedaliero di Campobasso, come previsto dal POS 2015-18.

Il POS richiedeva tra gli adempimenti aziendali anche la produzione di PDTA relativi alle patologie tempo-dipendenti. In seguito alle risultanze dell'attività di gruppi di lavoro creati per lo scopo (**DDG - n. 717 del 28/06/2017: "POS 2015/2018 - programma 11 - riequilibrio ospedale/territorio - intervento 11.1 riassetto della rete ospedaliera - azione 11.2.2, azione 11.2.3, azione 11.2.4, azione 11.2.5, azione 11.2.8: costituzione gruppi di lavoro**) l'Azienda ha provveduto a formalizzare i PDTA:

- **DDG n. 1030 del 29/09/2017:** "POS 2015/18 - programma 11 *"riequilibrio ospedale- territorio"* - intervento 11.2 rete dell'emergenza e delle reti tempo dipendenti – azione 11_2_4 - **rete ictus** - adempimenti: **indicatore: definizione pdta per la cura delle patologie cerebrovascolari acute** - approvazione
- **DDG n. 1031 del 29/09/2017 :**“ POS 2015/18 - programma 11 *"riequilibrio ospedale- territorio"* - intervento 11.2 rete dell'emergenza e delle reti tempo dipendenti – azione 11_2_4 - **rete per le emergenze cardiologiche** - adempimenti: **indicatore: definizione percorso clinico intraospedaliero dallo scenario alla presa in carico** - approvazione –
- **DDG N. 1032 del 29/09/2017** – “POS 2015-18 - programma 11 *"riequilibrio ospedale- territorio"* - intervento 11.2 rete dell'emergenza e delle reti tempo dipendenti, azione 11_2_3 - **rete trauma**, adempimenti: **indicatore: definizione delle condizioni di centralizzazione primaria e secondaria - back transport, trasferimento verso strutture accreditate regionali o pubbliche extraregionali - definizione dei pdta intra ospedalieri dallo scenario alla dimissione con definizione di strategie alternative** - approvazione –

Le procedure previste nei PDTA, anche in seguito al modificarsi di alcune condizioni logistiche e di gestione delle risorse, hanno subito un lavoro di revisione e di approfondimento concordate con gli operatori.

La persistenza della Stroke Unit presso il Plesso Ospedaliero di Isernia, ad esempio, nelle more della riorganizzazione strutturale e tecnologica necessaria la trasferimento della stessa presso l'ospedale di Campobasso ha indotto alla reingegnerizzazione del percorso.

La nota e drammatica carenza di personale medico conseguente alla difficoltà di reperimento di risorse umane, inoltre, ha rappresentato un ulteriore “bias” alla completa attuazione dei percorsi così come definiti.

La revisione dei PDTA in rapporto alle criticità segnalate ha portato alla redazione di Istruzioni Operative per l'attuazione della :

- **Procedura di trombolisi** nell'ambito della rete ictus, approvato con DDG 68 del 24.1.2019, e per la attivazione dei

- **Trauma Team** nell'ambito della rete trauma, approvato con DDG n. 71 del 24.1.2019, che hanno adattato i percorsi all'attuale assetto organizzativo aziendale.





L'accesso ai servizi di prevenzione e diagnosi

Lo screening colonrettale in Molise

lo screening mediante test per la ricerca del FOBT si è dimostrato associato a una riduzione significativa del 16% della mortalità per Ccr

Il Programma attivo dal 2007 in tutta la ASReM e prevede l'esecuzione di un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci FOBT ogni 2 anni per gli uomini e le donne tra i 50 e i 69 anni. La popolazione bersaglio della della ASReM è di circa 44.000/anno per un totale di circa 88.000 cittadini in due anni (dati ISTAT al 1/1/2018).

Esami previsti

I livello: ricerca del sangue occulto nelle feci FOBT (Fecal Occult Blood Test) ogni due anni per le donne e gli uomini tra i 50 e i 69 anni. II livello: pancolonscopia (PCS) per le donne e gli uomini positivi al test di ricerca del sangue occulto nelle feci.

I dati delle attività del periodo 2014-2018 sono rappresentati nella tabella che segue:

Lo screening colonrettale in Molise

Anno	Pop Target	Utenti invitati	% di estensione	Utenti aderenti	% di adesione grezza	% di adesione target
2014	88.465	42.262	48	7.490	16	8
2015	90.651	48.947	54	20.969	43	23
2016	86.416	43.209	52	10.073	25	15
2017	87.221	55.546	64	17.210	31	20
2018	87.767	43.884	50	12.535	28	15

Come si evince dalla tabella e dall'analisi dei dati, viene ribadita la necessità di aumentare l'estensione dello screening e realizzare una maggiore percentuale di adesione.

Allo stato attuale, però, pur persistendo condizioni di particolare criticità nell'esecuzione dello screening FOBT rilevate negli anni scorsi, relativamente alla carenza di endoscopisti qualificati, secondo quanto previsto dagli standard scientifici, per cui si rende necessario ottimizzare le procedure al fine di estendere lo screening sull'intero territorio aziendale.

Nel corso del 2018 si è riusciti, con un notevole sforzo, sia in termini di impegno del personale in servizio, sia in termini organizzativi, malgrado le difficoltà, a raggiungere un risultato che seppur, inferiore ai valori ottimali ed a quelli del 2017 dimostra una tenuta della attività.

Una delle maggiori criticità, comune anche agli altri screening del programma regionale è stata rappresentata dall'elevato numero di FOBT non recapitati agli utenti, attestandosi nel caso del colon in oltre 12.000, a causa di una incompleta, inesatta e, soprattutto, non aggiornata anagrafe dei degli assistiti a disposizione della segreteria screening e dalla quale vengono estratte le donne da avviare allo screening, hanno determinato una marcata riduzione delle prestazioni erogate nel corso dell'anno 2018.

Lo screening della mammella in Molise

Secondo l'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (IARC), partecipare allo screening organizzato su invito attivo (mammografia biennale nelle donne di 50-69 anni) riduce del 35% la probabilità di morire per cancro della mammella.

È attivo dal periodo 2003 e nel 2018 è stato completato il 10° round

Esami previsti

- I° livello mammografia ogni due anni alle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni
- II livello ecografia mammaria con eventuale biopsia

Fino all'anno 2015 lo Screening mammografico è stato condotto in maniera diffusa su tutto il territorio della ASReM, realizzato in modo costante da quasi tutti gli Operatori impegnati nelle strutture ospedaliere aziendali.

I dati delle attività del periodo 2014-2018 sono rappresentati nella tabella che segue:

Lo screening della mammella in Molise

Anno	Pop Target	Donne Invitate	% di estensione	Donne aderenti	% di adesione target
2014	53.586	22.313	42	8.858	40
2015	54.394	23.820	44	8.663	36
2016	43.657	12.291	28	3.444	28
2017	44.162	23.613	53	11.631	49
2018	44.471	22.236	50	7.130	32

Come si evince dalla tabella dopo un incremento della attività verificatasi nel corso del 2017, il permanere di condizioni di particolare criticità nell'esecuzione dello screening mammografico, prima fra tutte la carenza di specialisti radiologi qualificati, secondo quanto previsto dagli standard scientifici e l'elevato numero di inviti inesitati, quantificabili in circa 9.000 casi, A tale riguardo si sta procedendo a una ulteriore revisione degli archivi degli assistiti e delle procedure al fine di recuperare il gap registrato nel 2018 raggiungere in breve tempo gli standard di copertura fissati dal GISMA.

Lo screening cervicale in Molise:

Il razionale dello screening consiste nella possibilità di ottenere informazioni preziose e precoci in merito alla patologia del collo dell'utero. Lo screening è rivolto alla popolazione femminile della Regione Molise, di età compresa tra 25 e 64 anni.

Secondo quanto consigliato dalle linee guida:

- le donne di età compresa tra 25 e 30 anni verranno sottoposte a PAP-TEST come test di 1° livello.
- le donne di età compresa tra 31 e 64 anni verranno sottoposte ad HPV-TEST.

la presenza del virus a livello del collo dell'utero, non significa che sia presente il cancro del collo dell'utero; significa invece che si è in presenza di una infezione locale che, “potrebbe” dar luogo ad alterazioni cellulari, che a loro volta, a distanza di anni, potrebbero evolvere nel tumore del collo dell'utero. L'HPV test non sostituisce la visita ginecologica periodica per la diagnosi delle altre patologie della sfera genitale femminile.

Dal 2003 è attivo, nella Regione Molise lo screening per la prevenzione del cervico-carcinoma. Le donne in fascia di età compresa tra 25 e 64 anni, sono state invitate con cadenza triennale, mediante una lettera di invito, ad eseguire un PAP-test.

Dal 1° luglio 2016 è stato introdotto, come previsto dalle linee guida GISCI, il test HPV (una delle prime regioni in Italia) e vengono invitate regolarmente ad eseguire L'HPV test donne di età compresa tra i 31 e 65 aa. Contestualmente Il Pap-Test viene continua ad essere condotto in maniera diffusa e continua su tutto il territorio della ASReM per le donne di età compresa tra i 25 e 30 aa, realizzato da quasi tutti gli Operatori impegnati nelle strutture sia territoriali.

Lo screening cervicale in Molise:

ANNO	popol. target	donne invitate	Inviti inesitati	Inviti ricevuti	aderenti	Spontanee	donne screenate	%
2014	103.294	11.136	5464	5.672	2.247	863	3.110	54,8
2015	101.682	11.728	3688	8.040	2.879	638	3.517	43,7
2016	82.145	16.099	1.133	14.864	3.997	650	4.647	31,0
2017	83.708	20.108	3.048	17.060	7.440	550	7.990	47
2018	82.861	27.620	9000	18.620	8.020	500	8520	46

Come si evince dalla tabella l'attività svolta nel 2018 ha permesso di confermare il dato relativo al 2017 del numero delle donne aderenti al programma di screening ma, come per gli screening della mammella e del colon, è necessario incrementare l'estensione dello screening e raggiungere una maggiore percentuale di adesione.

Per quanto concerne l'effettiva realizzazione del Pap-Test nella popolazione target, in Regione è costantemente presente una adesione spontanea, che sul piano organizzativo si sta cercando di canalizzare nel programma di screening.

Allo stato attuale, come già detto, per effetto del piano di rientro sanitario in regione Molise si opera in condizioni di blocco del turn over del personale, ivi compreso quello relativo agli incarichi professionali e/o a progetto per cui esistono condizioni di particolare criticità nell'esecuzione dello screening della cervice relativamente

In conclusione, si può affermare, che permangono le maggiori criticità dei programmi di screening regionali che si sono dovute affrontare nel corso degli anni precedenti, rappresentate dalla carenza di personale qualificato, secondo quanto previsto dagli standard scientifici, e dalla inefficacia del sistema informativo in uso, le criticità rilevate vanno da una non corretta gestione degli inviti ad un complesso e, molto spesso, incompleto trasferimento dei referti dalle diverse UU.OO. coinvolte (laboratorio analisi, anatomia patologica) alla piattaforma informatica centralizzata intorno alla quale ruota tutto il lavoro della segreteria screening

Alle anomalie del sistema informatico vanno aggiunte, come già esposto, le criticità dovute ad una incompleta, inesatta e, soprattutto, non aggiornata anagrafe dei residenti responsabile di un consistente numero di inviti inesitati che necessita di continue revisioni e correzione che determina una non corretta generazione dei calendari nella piattaforma web della segreteria screening.

Nel corso dell'anno ci si è dedicati, tra l'altro, alla attività di verifica della funzionalità della piattaforma web e dei sistemi informatici in uso indispensabile per una corretta gestione dei flussi informativi al fine di adempiere agli obblighi informativi ministeriali ed alla gestione dei dati necessari alla determinazione degli indicatori di performance previsti dal GISCI, GISMA e GISCO per i tre screening attivi in regione (Cervice, Mammella e Colon).

Relazione sullo stato vaccinale della Regione Molise

La vaccinazione rappresenta uno degli interventi più efficaci per la prevenzione primaria delle malattie infettive. Ciononostante, le malattie infettive rappresentano, a tutt'oggi, una delle principali cause di morbidità, disabilità e morte.

Il PNPV 2012-2014 e il PNEMoRc 2010-2015 rappresentano i documenti di riferimento per la definizione degli obiettivi di Sanità Pubblica relativi alla riduzione o all'eliminazione delle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazioni. Gli obiettivi di copertura stabiliti per tipo di vaccinazione e target di età e/o gruppi di popolazione sono stati oggetto di monitoraggio annuale o semestrale in quanto rientrano nei LEA ed è stato stabilito un cronoprogramma triennale per raggiungere gradualmente i livelli di copertura indicati.

Contestualmente, è stato ridefinito il "Calendario Vaccinale delle vaccinazioni offerte attivamente a tutta la popolazione", quale strumento operativo per la realizzazione delle strategie vaccinali, oltre che come utile guida per operatori sanitari ed utenti. I dati di copertura vaccinale costituiscono un importante indicatore di esito di salute, in quanto permettono di stimare la proporzione di soggetti protetti da importanti malattie prevenibili mediante vaccinazione; inoltre, tali dati consentono la valutazione dell'attività vaccinale e di individuare eventuali aree d'intervento per migliorare le modalità d'offerta delle vaccinazioni.

Nel documento vengono presentati i risultati dei seguenti monitoraggi relativi all'anno 2018

- VACCINAZIONI DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA, monitoraggio annuale delle coperture vaccinali secondo gli indicatori di routine utilizzati a livello nazionale per le vaccinazioni dei primi due anni di vita (coperture vaccinali al 24° mese di vita) e per le altre vaccinazioni del bambino e dell'adolescente (fino al 18° anno).
- ALTRI MONITORAGGI: monitoraggio delle coperture vaccinali delle vaccinazioni antinfluenzale, antipneumococcica dei 65⁺-enni e della vaccinazione antirosolia nelle puerpere non immuni.

In evidenza:

Esavalente (vaccinazioni "obbligatorie")

Per il quarto anno consecutivo le coperture vaccinali per Polio, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Haemophilus influenzae tipo b registrano valori superiori agli obiettivi fissati dal Piano Nazionale Vaccini (95%). L'andamento nel tempo dei tassi di copertura delle vaccinazioni obbligatorie mostra per il 2017 conferma sostanzialmente il dato registrato nel corso del 2016.

Morbillo, Parotite, Rosolia

La copertura vaccinale per il vaccino MPR nella coorte di nascita del 2016 è dell'92%, seppur inferiore all'obiettivo fissato di copertura del 95%, ma in aumento rispetto all'anno precedente (+2%), a dimostrazione di una azione più capillare di sensibilizzazione e di coinvolgimento dei PLS nello svolgimento della campagna vaccinale.

Pneumococco e Meningococco

Il tasso di copertura a 24 mesi di vita per la vaccinazione pneumococco è del 95% in linea con il dato dell'anno precedente (96 % rispetto alla coorte di nascita precedente). Per la vaccinazione antimeningococco C il dato registrato nel 2018 è pari al 61.3% con una inspiegabile riduzione della copertura rispetto all'anno precedente di oltre 20 punti percentuali.

HPV nelle femmine

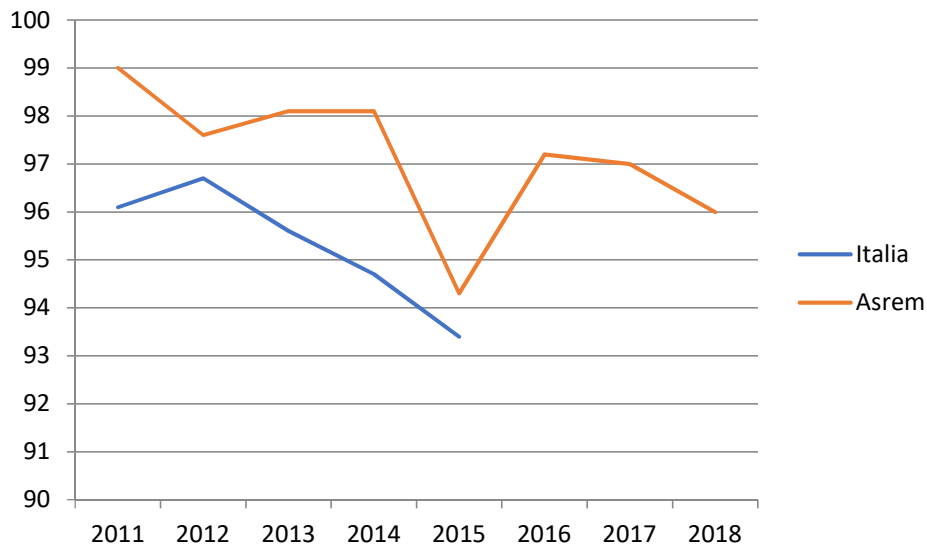
Il tasso di copertura vaccinale per HPV-2 è di 63.3%, in aumento rispetto all'anno precedente (7,1%).

Vaccinazione Esavalente (Poliomielite, difterite, tetano, pertosse, epatite B, emofilo)

Nel caso delle vaccinazioni raccomandate nei primi due anni di vita elaborate a marzo 2019 e riferite alla coorte di nascita 2016 (ultima coorte di nascita che ha per intero compiuto 24 mesi nel corso del 2018); contro poliomielite, difterite, tetano, pertosse, epatite B, emofilo il ciclo vaccinale prevede l'effettuazione di tre dosi di vaccino; la copertura vaccinale è calcolata come percentuale di bambini che ha eseguito la terza dose entro 24 mesi di vita.

Per il quarto anno consecutivo le coperture vaccinali per Polio, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Haemophilus influenzae tipo b registrano valori superiori agli obiettivi fissati dal Piano Nazionale Vaccini (95%). L'andamento nel tempo dei tassi di copertura delle vaccinazioni obbligatorie mostra per il 2018 una marginale contrazione del valore rispetto a quello registrato nell'anno precedente (96% vs 97%). L'andamento nel tempo dei tassi di copertura delle vaccinazioni obbligatorie mostra per il 2015 una contrazione del valore (-2.8%) rispetto all'anno precedente, prontamente recuperata nell'anno 2016 (+1.9%) e confermato negli anni seguenti. (Grafico 1).

Grafico n.1: andamento coperture vaccinali



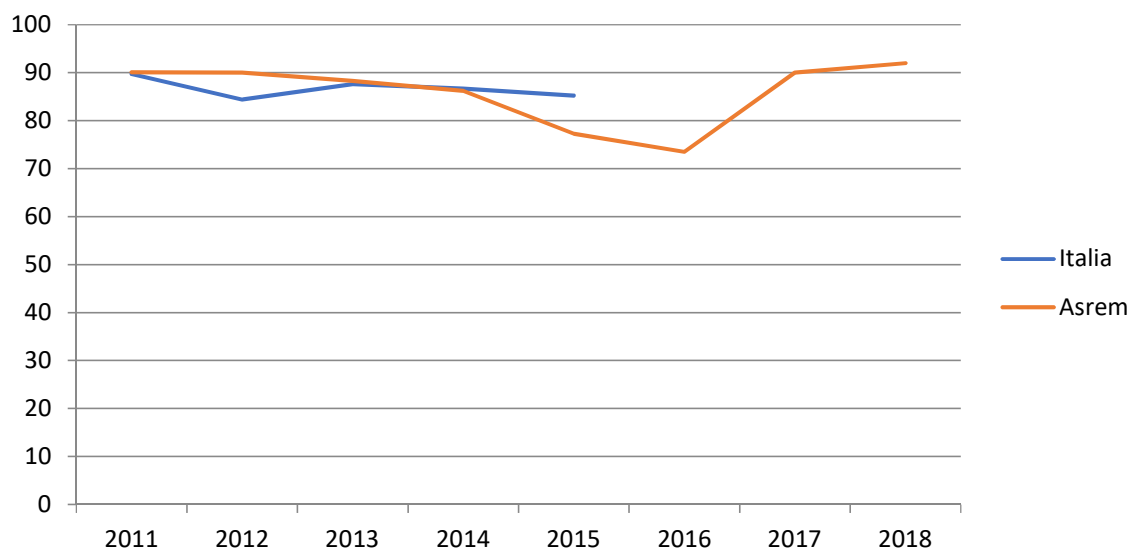
Morbillo, parotite, rosolia

Il calendario delle vaccinazioni raccomandate prevede l'effettuazione nel secondo anno di vita della prima dose contro morbillo, parotite, rosolia. Viene eseguito solitamente il vaccino trivalente MPR; i tassi di copertura per le tre componenti risultano essere esattamente sovrapponibili.

La copertura vaccinale per il vaccino MPR morbillo nella coorte di nascita del 2016 è del 92 %, in ulteriore aumento rispetto al dato registrato nell'anno precedente (92% vs 90%); il valore registrato seppur inferiore all'obiettivo fissato di copertura del 95% evidenzia, però, che le politiche di sensibilizzazione finalizzate alla diffusione della vaccinazione MPR

adottate dalla Direzione Aziendale stanno ottenendo un notevole risultato che, tendenzialmente, si stima possa superare presto il dato medio nazionale (Grafico n.2).

Grafico n.2: andamento coperture vaccinali MPR



Pneumococco, meningococco

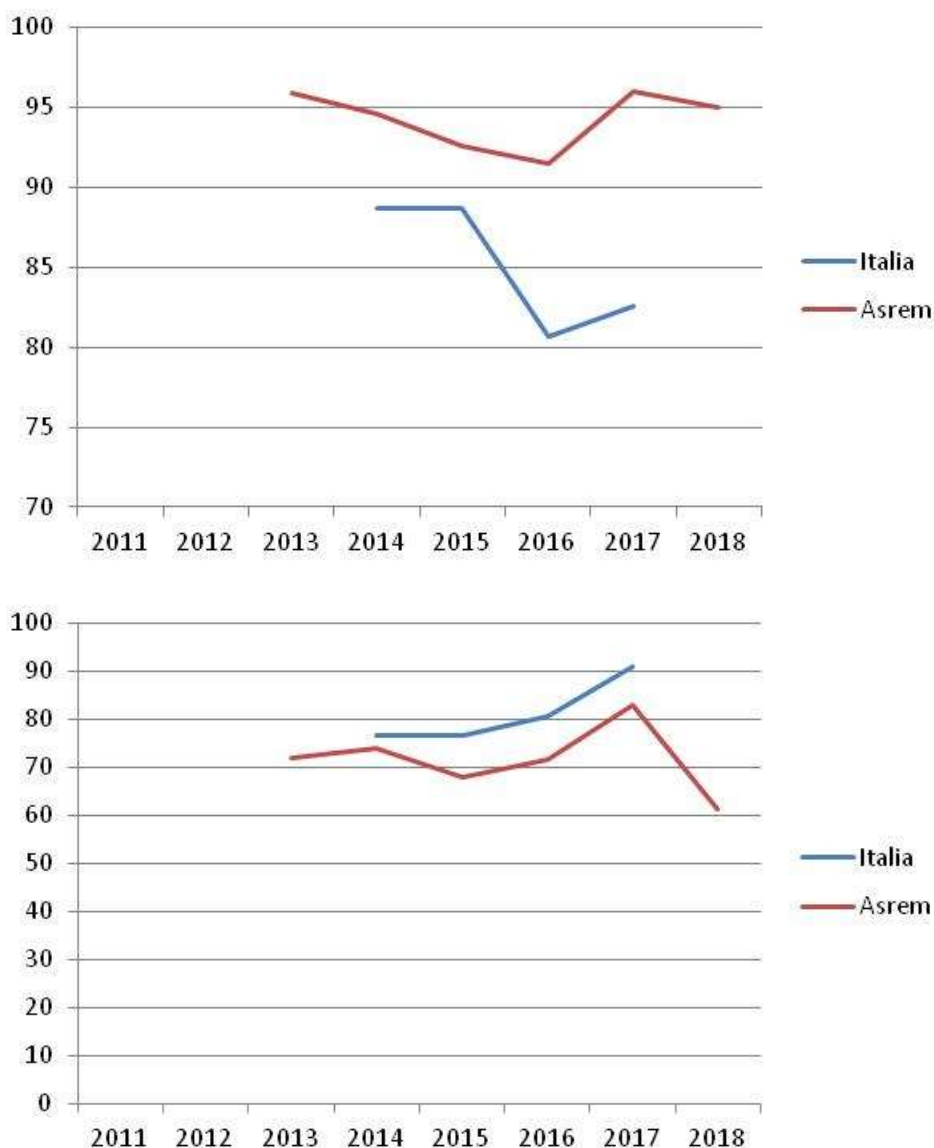
La vaccinazione antipneumococco viene offerta nel corso del primo anno di vita con un Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età nella stessa seduta vaccinale dell'esavalente.

Nella ASReM l'offerta attiva della vaccinazione è iniziata nel 2002: gratis, su richiesta, nei bambini fino a 5 anni di età, a rischio di patologie; nel 2003, offerta attiva e gratuita estesa a tutti i bambini, sempre fino a 5 anni di età; negli anni, si è passati dal vaccino antipneumococcico 7-valente a quello 13-valente.

La copertura ai 24 mesi registrata nella coorte di nascita 2016 è del 95% di poco inferiore rispetto alla corte di nascita precedente (95% vs 96%), superiore alla copertura vaccinale nazionale nel biennio 2016/2017 (u.d.d.) (80.7 e 82.6)l

Il calendario vaccinale della vaccinazione antimeningococco C, prevede la somministrazione, anche in questo caso, con un ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età. La copertura vaccinale nella coorte 2016 è del 61.4% (-21.6% rispetto alla corte di nascita precedente), inferiore ai dati nazionali che si attestano intorno al 90% di copertura.

Grafico n.3 e 4: andamento coperture vaccinali Pneumococco e meningococco

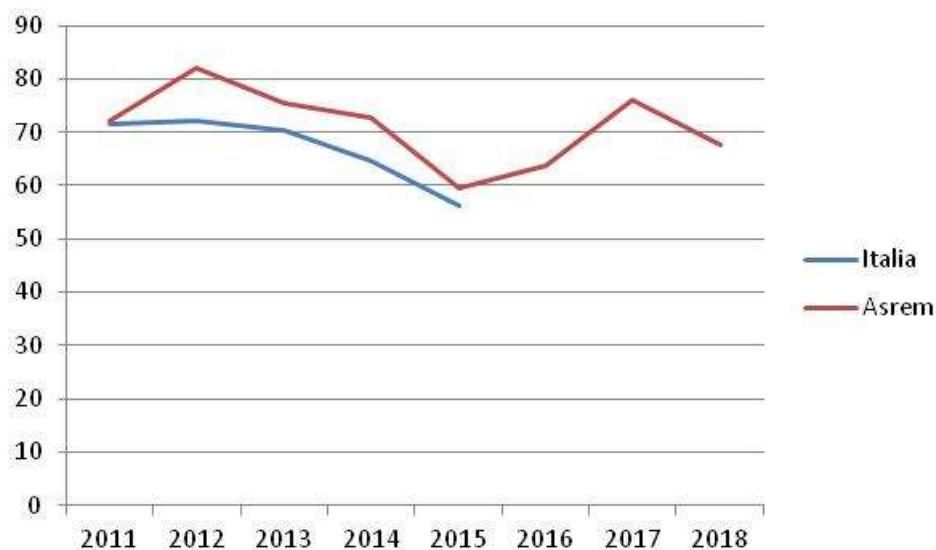


Vaccinazione HPV

La vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV) nelle femmine ha come obiettivo prioritario la prevenzione del carcinoma del collo dell'utero. Nella ASReM la vaccinazione viene offerta gratuitamente e attivamente nel corso del dodicesimo anno d'età. La vaccinazioni anti-HPV è iniziata l'8 marzo 2008, con offerta attiva e gratuita alle ragazze nate nel 1997; contemporaneamente, recupero con offerta gratuita, ma su richiesta, della coorte delle ragazze nate nel 1996.

Il tasso di copertura vaccinale ASReM per HPV-F della coorte di nascita 2006 è pari al di 67.5 %, ancora inferiore rispetto alla coorte 2005 (-8.54%), ma in crescita rispetto alla coorte 2004 (+2.9%). Grafico n.5

Grafico n.5: andamento coperture vaccinali per vaccinazione HPV



Il mantenimento di elevate coperture nei bambini continua a garantire il controllo delle più pericolose malattie in età infantile, tuttavia, occorre integrare l'offerta universale con interventi personalizzati rivolti a categorie della popolazione più vulnerabili, garantendo la gratuità di queste prestazioni mirate. Pertanto, l'impegno a livello nazionale dovrà essere teso a raggiungere i seguenti obiettivi: realizzazione del concetto di adesione consapevole da parte della popolazione all'offerta degli interventi preventivi; superamento delle differenze territoriali in termini di standard di copertura vaccinale e di qualità dell'offerta; promozione dell'equità verticale potenziando le azioni di prevenzione rivolte ai soggetti più a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie) e ai gruppi più difficili da raggiungere (migranti, detenuti).

Assistenza Ospedaliera

STATO DELL'ARTE 2018

L'ASREM regola e gestisce l'attività sanitaria mediante:

- **Presidi a gestione diretta**

1. Presidio Ospedaliero "A. Cardarelli" Campobasso COD. NSIS 140001
2. Complesso Ospedaliero "S. Timoteo" - Termoli COD. NSIS 140002 (Presidio Ospedaliero "S. Timoteo" - Termoli COD. NSIS 140002-01. Per lo Stabilimento Ospedaliero "G. Vetri" di Larino COD. NSIS 140002-02 è intervenuta chiusura al 1° gennaio 2017)
3. Complesso Ospedaliero Isernia COD. NSIS 140003 (Presidio Ospedaliero "Veneziale" Isernia COD. NSIS 140003-01, Stabilimento Ospedaliero "Caracciolo" Agnone COD. NSIS 140003-02. Per lo Stabilimento Ospedaliero "SS. Rosario" Venafrò COD. NSIS 140003-03 è intervenuta chiusura al 1° luglio 2017)

- **Case di cura private accreditate**

1. Casa Di Cura Villa Maria Srl Campobasso COD. NSIS 140004

2. Casa Di Cura Villa Esther Di Forte Elisa Bojano COD. NSIS 140005
3. GEA Medica COD. NSIS 140008

I posti letto direttamente gestiti e quelli convenzionati sono di seguito dettagliati per struttura.

<i>Presidio Ospedaliero 'A.Cardarelli' Campobasso COD. NSIS 140001 (HSP12)</i>					
<i>Codice disciplina</i>	<i>Prog. divisione</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Day hospital</i>	<i>Day surgery</i>	<i>Degenza ordinaria</i>
08	01	Cardiologia	2	-	8
09	01	Chirurgia generale	-	2	35
09	02	Brest Unit -senologia	-	1	2
14	01	Chirurgia vascolare	-	2	6
19	01	Malattie endocrine,del ricambio e della nutrizione	2	-	-
21	01	Geriatria	-	-	10
24	01	Malattie infettive e tropicali	1	-	16
26	01	Medicina generale	5	-	40
29	01	Nefrologia	2	-	8
31	01	Nido	-	-	8
35	01	Odontoiatria e stomatologia	-	4	-
36	01	Ortopedia e traumatologia	-	3	30
37	01	Ostetricia e ginecologia	-	3	25
38	01	Otorinolaringoiatria	-	4	4
39	01	Pediatria	2	-	5
40	01	Psichiatria	1	-	8
43	01	Urologia	-	3	16
49	01	Terapia intensiva	-	-	6
50	01	Unità coronarica	-	-	3
51	01	Astanteria	-	1	4
56	01	Recupero e riabilitazione funzionale	2	-	7
62	01	Neonatologia	1	-	7
64	01	Oncologia	6	-	-
73	01	Terapia intensiva neonatale	-	-	5

97	01	Detenuti	-	-	4
TOTALE			24	23	257

<i>Ospedale 'S Timoteo- Termoli COD. NSIS 140002-00 (HSP12)</i>					
<i>Codice disciplina</i>	<i>Prog. divisione</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Day hospital</i>	<i>Day surgery</i>	<i>Degenza ordinaria</i>
08	01	Cardiologia	1	-	9
09	01	Chirurgia generale	-	3	18
26	01	Medicina generale	2	-	25
31	01	Nido	-	-	6
34	01	Oculistica	-	2	-
36	01	Ortopedia e traumatologia	-	1	15
37	01	Ostetricia e ginecologia	-	2	14
38	01	Otorinolaringoiatria	-	2	2
39	01	Pediatria	-	-	5
40	01	Psichiatria	1	-	6
43	01	Urologia	-	1	9
49	01	Terapia intensiva	-	-	5
50	01	Unità coronarica	-	-	4
51	01	Astanteria	1	-	5
56	01	Recupero e riabilitazione funzionale	-	-	20
60	01	Lungodegenti	-	-	18
64	01	Oncologia	5	-	-
66	01	Oncoematologia	3	-	-
TOTALE			13	11	161

<i>Ospedale Venezia Isernia COD. NSIS 140003-01 (HSP12)</i>					
<i>Codice disciplina</i>	<i>Prog. divisione</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Day hospital</i>	<i>Day surgery</i>	<i>Degenza ordinaria</i>
08	01	Cardiologia	2	-	10
09	01	Chirurgia generale	-	2	25
26	01	Medicina generale	4	-	26
31	01	Nido	-	-	10
32	01	Neurologia	2	-	5
34	01	Oculistica	-	2	-
36	01	Ortopedia e traumatologia	-	2	18
37	01	Ostetricia e ginecologia	-	2	15
38	01	Otorinolaringoiatria	-	2	-
39	01	Pediatria	1	-	6
40	01	Psichiatria	2	-	7
49	01	Terapia intensiva	-	-	6
50	01	Unità coronarica	-	-	5
64	01	Oncologia	3	-	7
TOTALE			14	10	140

<i>Ospedale Caracciolo Agnone COD. NSIS 140003-02 (HSP12)</i>					
<i>Codice disciplina</i>	<i>Prog. divisione</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Day hospital</i>	<i>Day surgery</i>	<i>Degenza ordinaria</i>
02	01	Day hospital	4	-	-
26	02	Medicina generale	-	-	12
51	01	Astanteria	-	-	4
60	01	Lungodegenti	-	-	3
98	01	Day surgery	-	3	-
TOTALE			4	3	19

Casa di Cura Villa Maria Srl Campobasso COD. NSIS 140004 (HSP13)				
Codice disciplina	Descrizione	Degenza ordinaria (accreditata)	Day hospital (accreditata)	Day surgery (accreditata)
9	CHIRURGIA GENERALE	12	0	3
26	MEDICINA GENERALE	22	3	0
TOTALE PL ACCREDITATI		34	3	3

Casa di Cura Villa Esther Di Forte Elisa Bojano COD. NSIS 140005 (HSP13)				
Codice disciplina	Descrizione	Degenza ordinaria (accreditata)	Day hospital (accreditata)	Day surgery (accreditata)
9	CHIRURGIA GENERALE	24	0	5
26	MEDICINA GENERALE	22	3	0
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	20	0	0
TOTALE PL ACCREDITATI		66	3	5

GEA Medica COD. NSIS 140008 (HSP13)				
Codice disciplina	Descrizione	Degenza ordinaria (accreditata)	Day hospital (accreditata)	
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	40	0	
TOTALE PL ACCREDITATI		40	0	

Dichiarazione sulla coerenza dei dati esposti con i modelli ministeriali di rilevazione flussi:

MODELLO HSP 11 Anno 2018	I dati sul numero di strutture a gestione diretta e convenzionate sono coerenti con quelli complessivamente desumibili dai modelli HSP 11
MODELLO HSP 12 Anno 2018	I dati relativi ai posti letto dei presidi a gestione diretta sono coerenti con quelli riportati nel Modello HSP 12
MODELLO HSP 13 Anno 2018	I dati relativi ai posti letto dei presidi in convenzione sono coerenti con quelli riportati nel Modello HSP 13

Si ricorda che le restanti due strutture accreditate, IRCCS Neuromed e Fondazione Giovanni Paolo II, non vengono gestite dall'ASREM, bensì sono a gestione diretta regionale.

A L'erogazione delle prestazioni territoriali è affidata al Distretto socio-sanitario.

Con il **Provvedimento del Direttore Generale n. 715 DEL 23/06/2017** – “Ridefinizione territoriale ed organizzativo-funzionale dei nuovi **distretti sociosanitari** dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise, ai sensi di quanto disposto dal DCA Regione Molise n. 46 del 28/07/2016 e del nuovo atto aziendale (provvedimento dg n. 124 dell'08/02/2017)”, l'ASREM ha provveduto a ridurre il numero dei distretti socio-sanitari da 7 a 3: Distretto Socio-Sanitario

n.1 di Campobasso, Distretto Socio-Sanitario **n.2** di Termoli; Distretto Socio-Sanitario **n.3** di Isernia.

Assistenza Territoriale

L'erogazione delle prestazioni territoriali è affidata al Distretto socio-sanitario.

Con il **Provvedimento del Direttore Generale n. 715 DEL 23/06/2017** : “Ridefinizione territoriale ed organizzativo-funzionale dei nuovi **distretti sociosanitari** dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise, ai sensi di quanto disposto dal DCA Regione

Molise n. 46 del 28/07/2016 e del nuovo atto aziendale (provvedimento dg n. 124 dell'08/02/2017), l'ASREM ha provveduto a ridurre il numero dei distretti socio-sanitari da 7 a 3:

- Distretto Socio-Sanitario n.1 di Campobasso ,
- Distretto Socio-Sanitario n.2 di Termoli;
- Distretto Socio-Sanitario n.3 di Isernia.

STATO DELL'ARTE 2018

L'azienda opera mediante 32 strutture a gestione diretta e 64 strutture convenzionate. La tipologia di strutture e il tipo di assistenza erogata sono riepilogate nelle seguenti tabelle.

Per le strutture a gestione diretta:

<i>Descrizione tipo assistenza erogata</i>	<i>ALTRO TIPO DI STRUTTURA A TERRITORIALE</i>	<i>AMBULATORIO E LABORATORIO</i>	<i>STRUTTURA A RESIDENZIALE</i>	<i>Totale complessivo</i>
ASSISTENZA AGLI ANZIANI			1	1
ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI	1		1	2
ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI	4			4
ASSISTENZA PSICHIATRICA	3			3
ATTIVITA' CLINICA	8	13		21
ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE	6			6
ATTIVITA' DI LABORATORIO	4	9		13
DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	5	11		16
<i>Totale complessivo</i>	31	33	2	66

Per le strutture convenzionate:

<i>Descrizione tipo assistenza erogata</i>	<i>ALTRO TIPO DI STRUTTURA A TERRITORIALE</i>	<i>AMBULATORIO E LABORATORIO</i>	<i>STRUTTURA A RESIDENZIALE</i>	<i>STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE</i>	<i>Totale complessivo</i>
ASSISTENZA AGLI ANZIANI			5		5
ASSISTENZA PSICHIATRICA			14	14	28
ATTIVITA' CLINICA		26			26
ATTIVITA' DI LABORATORIO		16			16
DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	1	12			13
<i>Totale complessivo</i>	1	54	19	14	88

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art.26 L.833/78, rilevati dal sistema NSIS (mod. RIA11) sono 12, erogano prestazioni in regime ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale, precisamente:

- 9 strutture erogano prestazioni in regime ambulatoriale;

Codice struttura	Denominazione struttura	regime ambulatoriale
140400	RIABILIS S.a.s.	
140604	CENTRI DI RIABILITAZIONE MOLISANI S.R.L.	
140609	CENTRO SAN STEF. A.R. MOLISE S.R.L.	
140621	FONDAZIONE PADRE ALBERTO MILENO – CENTRO SAN FRANCESCO D’ASSISI	
140622	ISTITUTO MOLISANO DI RIABILITAZIONE S.R.L.	
140623	L’INCONTRO S.R.L.	
140624	DOMENICO E FRANCESCO POTTITO S.R.L.	
140905	LOGOPEDIA DI NIRO LUCIANO	
140919	FISIOTER S.N.C.	

- 3 strutture erogano Assistenza residenziale, con 203 Posti letto.

Codice struttura	Denominazione struttura	Assistenza residenziale. Posti letto
140601	CARSIC S.r.l.	120
140602	FISIOMEDICA LORETANA S.R.L.	73
140922	CENTRO DI ALTA RIABILITAZIONE PAOLA PAVONE	10
Posti letto		203

- 3 strutture erogano Assistenza semiresidenziale, con 70 Posti letto.

Codice struttura	Denominazione struttura	Assistenza semiresidenziale. Posti letto
140400	RIABILIS S.a.s.	25
140605	FONDAZIONE PADRE ALBERTO MILENO – CENTRO SAN FRANCESCO D’ASSISI	20
140624	L’INCONTRO S.R.L.	25
Posti letto		70

- Strutture a gestione diretta ASREM:

Codice struttura	Denominazione struttura	Assistenza residenziale
140920	CASA DELLA SALUTE DI LARINO ex art.26	20
140921	CASA DELLA SALUTE DI ISERNIA – VENAFRO ex ex art.26	10
Posti letto		30

Relativamente alla medicina convenzionata, l’Azienda opera mediante medici di base e pediatri di libera scelta, che assistono complessivamente la popolazione di seguito riportata:

<i>Classi</i>	<i>Medici</i>	<i>Scelte</i>	<i>Di cui età infantile</i>
Medici da 1 a 50 scelte	2	60	-
Medici da 51 a 500 scelte	26	7.545	10
Medici da 501 a 1.000 scelte	69	53.925	19
Medici da 1.001 a 1.500 scelte	129	162.131	44
Medici oltre 1.500 scelte	32	49.514	-
Totale	258	273.175	73

<i>Classi</i>	<i>Pediatri</i>	<i>Scelte</i>
Pediatri da 1 a 250 scelte	-	-
Pediatri da 251 a 800 scelte	13	8.237
Pediatri oltre 800 scelte	23	20.477
Totale	36	28.714

Dichiarazione sulla coerenza dei dati esposti con i modelli ministeriali di rilevazione flussi:

MODELLO STS 11 Al 1 gennaio 2018	I dati sul numero di strutture a gestione diretta e convenzionate, sulla tipologia e il tipo di assistenza erogata, sono coerenti con quelli complessivamente desumibili dai modelli STS 11
MODELLO RIA 11 Al 1 gennaio 2018	I dati sul numero di strutture a gestione diretta e convenzionate ex art 26 L. 833/78 sono coerenti con quelli complessivamente desumibili dai modelli RIA 11
MODELLO FLS 12 Al 1 gennaio 2019	I dati esposti relativi a medici di base e pediatri sono coerenti con quelli complessivamente desumibili dai quadri E e F del modello FLS 12

CASE DELLA SALUTE

- ✓ Il POS 2015-2018 prevede la messa in funzione di 13 Case della Salute nel territorio
- ✓ dell'ASREM.

✓ In linea con gli adempimenti previsti a carico dell'Azienda, allo stato ne sono state attivate 5: Frosolone, Castelmauro, Montenero di Bisaccia oltre alle due presenti presso gli Ospedali di Comunità di Larino e Venafro.

- ✓ Presso le case della salute sono già presenti molteplici attività, oltre agli apparati amministrativi previsti.

In particolare presso la CASA DELLA SALUTE DI FROSOLONE :

- Ambulatorio di ginecologia;
- Ambulatorio di urologia;
- Ambulatorio di odontoiatria;
- Ambulatorio di cardiologia;
- Ambulatorio di riabilitazione;
- Ambulatorio di radiologia;
- Centro prelievi laboratorio analisi;

- Ambulatorio di oculistica;
- Ambulatorio di urologia;
- Ambulatorio di neurologia;
- Ambulatorio di otorinolaringoiatria

Presso la CASA DELLA SALUTE DI MONTENERO DI BISACCIA:

- Diagnostica radiologica
- Riabilitazione psico-motoria
- Ambulatorio di pediatria;
- Ambulatorio di odontoiatria;
- Ambulatorio di otorinolaringoiatra;
- Ambulatorio di ostetricia;
- Ambulatorio di oculistica;
- Ambulatorio di ortopedia;
- Ambulatorio di radiologia;
- Ambulatorio di dermatologia;
- Ambulatorio di fisioterapia;
- Ambulatorio di medicina;
- Ambulatorio di neurologia;
- Ambulatorio di cardiologia;
- Ambulatorio di igiene.
- Continuità Assistenziale
- Postazione 118
- Servizio vaccinazioni
- Ambulatorio infermieristico

Presso la CASA DELLA SALUTE DI CASTELMAURO:

- Ambulatorio di Ginecologia
- Ambulatorio di Urologia
- Ambulatorio di Dermatologia
- Ambulatorio di Oculistica
- Ambulatorio di Cardiologia
- Ambulatorio di Reumatologia
- Ambulatorio di Endocrinologia
- Ambulatorio di Diabetologia
- Ambulatorio Infermieristico
- Vaccinazioni
- Ambulatorio MMG
- Ambulatorio del PLS
- Continuità assistenziale
- Servizio di veterinaria;
- Postazione 118.

Presso la CASA DELLA SALUTE DI SANTA CROCE DI MAGLIANO

- Ambulatorio di cardiologia;
- Ambulatorio di dermatologia;
- Ambulatorio di chirurgia;
- Ambulatorio di gastroenterologia;
- Ambulatorio di neurologia ;
- Ambulatorio di oculistica ;
- Ambulatorio di odontoiatria;
- Ambulatorio di ortopedia;
- Ambulatorio di otorinolaringoiatria;
- Ambulatorio di radiologia;
- Ambulatorio di ostetricia;
- Ambulatorio di igiene;
- Ambulatorio di psichiatria CSM AT.
- Continuità Assistenziale
- Postazione 118

RICONVERSIONE OSPEDALI DI VENAFRO E LARINO

- Gli stabilimenti ospedalieri di Venafro e Larino sono stati oggetto di riconversione da strutture di assistenza ospedaliera in strutture territoriali. Al loro interno è stata attivata, oltre alla Casa della Salute di Alta Intensità Assistenziale, anche la costituzione di Ospedale Territoriale di Comunità.
- L'Ospedale territoriale di comunità è direttamente governato, organizzato e gestito, dal
- distretto sanitario di competenza.
- Allo stato attuale la configurazione delle due case della Salute /Ospedali di comunità è quasi completata. In particolare:

OSPEDALE DI COMUNITA' DI VENAFRO

Specialistica	Attività	
Attività distrettuali	CUP, PUA, uffici amministrativi, ecc L'area distrettuale sarà posizionata al secondo livello della struttura.	Attivo
Riabilitazione	20 p.l. di riabilitazione di cui: 10 di riabilitazione estensiva 10 di riabilitazione di mantenimento	Attivo
RSA	40 posti letto di Residenza sanitaria assistita	Primo nucleo 20 PL predisposto, mancano arredi e personale Secondo nucleo 20 PL. con annesso nucleo Alzheimer – 30 marzo 2018
Posti letto a gestione infermieristica	Posti letto post acuzie gestiti da MMG, PLS o altri medici convenzionati	Attivo
Casa della Salute	PUA, Sportello CUP Punto prelievo, Ambulatorio infermieristico, ed altre attività di distretto	Attivo
Punto di primo intervento	gestito dal personale 118 e dai MMG, PLS e dai medici di continuità assistenziale	Attivo
Continuità assistenziale	Postazione di continuità assistenziale	Attivo
Dialisi	Centro di dialisi territoriale	Gestione ospedaliera
Farmacia	Farmacia territoriale	Attivo
Ambulatori	Ambulatori specialistici	Attivo
Punto prelievo e raccolta sangue	Centro prelievo territoriale e centro per la raccolta sangue	Attivo
Servizio Cucina	Cucina	Attivo

Diagnostica per immagini	Diagnostica	Attivo
Consultorio	Consultorio Salute donna	Attivo

Ambulatori specialistici

- Cardiologia;
- Neuropsichiatria infantile;
- Endocrinologia;
- Oculistica;
- Otorinolaringoiatria;
- Dermatologia;
- Ecografia;
- Senologia;
- Diabetologia;
- Endoscopia;
- Ginecologia;
- Ostetricia;
- Ambulatorio Infermieristico

OSPEDALE DI COMUNITA' DI LARINO

Specialistica	Attività	
Attività distrettuali	CUP, PUA, uffici amministrativi, ecc.	Attivo
Riabilitazione	20 p.l. di riabilitazione di cui: 10 di riabilitazione intensiva 10 di riabilitazione estensiva	Attivo
RSA	40 posti letto di Residenza sanitaria assistita	Attivo
Alzheimer	Centro diurno da 10 p.l. per la cura dell' Alzheimer	Attivo
Posti letto a gestione infermieristica	Posti letto post acuzie gestiti da MMG, PLS o altri medici convenzionati (20 P.L.)	Attivo

Hospice	Struttura già esistente e funzionante. Non è previsto lo spostamento all'interno dell'ex P.O. (16 P.L.)	Attivo
Casa della Salute	UCCP, PUA, Sportello CUP Punto prelievo, Ambulatorio infermieristico, area Materno- infantile, ed altre attività di distretto	Attivo
Punto di primo intervento	gestita dal personale 118 e dai MMG, PLS e dai medici di continuità assistenziale	Attivo
Continuità assistenziale	Postazione di continuità assistenziale	Attivo
Dialisi	Centro di dialisi territoriale	Attivo
Camera iperbarica	Camera iperbarica territoriale. In via di attivazione attività ' Cure ferite difficili'	Attivo
Farmacia	Farmacia territoriale	Attivo
Ambulatori	Ambulatori specialistici	Attivo
Punto prelievo e raccolta sangue	Centro prelievo territoriale e centro per la raccolta sangue	Attivo
Servizio Cucina	Cucina	Attivo
Diagnostica per immagini	Diagnostica	Attivo
Consultorio	consultorio	Attivo

✓ ambulatori specialistici:

- Allergologia
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina dello sport
- Neurologia
- Oculistica
- Odontoiatria
- Ortopedia e traumatologia
- Psicologia clinica e psicoterapia
- Psichiatria
- Reumatologia
- Urologia

- Unità di valutazione Alzheimer
- Fisioterapia
- Ambulatorio infermieristico

Continuità Ospedale – Territorio

La politica sanitaria attuata negli ultimi anni in molte regioni italiane ed in ragione delle determinazioni di cui al DM. 70/2015, hanno portato ad una progressiva riduzione della percentuale di ospedalizzazione, con conseguente diminuzione dei posti letto negli ospedali per acuti. Questa diminuzione non ha lo scopo di ridurre le risposte necessarie in termini di cura agli utenti ma di determinare uno spostamento di risorse verso i servizi territoriali. Tale politica ha determinato frequenti criticità organizzative ed ha evidenziato la necessità di potenziare la continuità assistenziale per le patologie croniche, per rispondere adeguatamente ai bisogni degli utenti e delle loro famiglie e ridurre il fenomeno dei ricoveri. Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) è definito nel Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa 2012-2014 (Ministero della salute) come “ **una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate ...**”.

Il PDTA è attualmente riconosciuto come l'approccio più efficace ed efficiente per utilizzare le Linee Guida come strumento di governo clinico nelle organizzazioni sanitarie, prevedendone la loro ricerca/selezione sistematica e il loro adattamento locale con costruzione del percorso assistenziale.

L'ASReM in una logica innovativa e al passo con i più recenti modelli organizzativo-gestionali, ha, nel corso del triennio dell'attuale gestione, recepito ed utilizzato lo strumento PDTA per garantire a pazienti, con particolari e complessi bisogni di salute, un approccio multi interprofessionale nelle diverse fasi del processo di cura.

A tal fine l'Azienda, nel corso del triennio dell'attuale gestione ha partecipato con i propri rappresentanti ai gruppi di lavoro propedeutici alla formulazione dei PDTA regionali, la cui definizione ha comportato, per la Regione Molise, l'acquisizione dell'adempimento del punto X del questionario LEA (Implementazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici) che richiedeva, in particolare, la definizione dei percorsi per la gestione del malato con patologia cronica.

- L'azienda ha implementato l'utilizzo dello strumento PDTA presso gli operatori anche mediante l'attivazione di un corso specifico: I PDTA strumento di attività clinica tra ospedale e territorio tenutosi presso le sedi aziendali di Campobasso Termoli Isernia nei giorni 24-25-26 Ottobre 2018.
- Il corso è stato indirizzato al coinvolgimento interattivo degli operatori al fine di diffondere la cultura della modalità di lavoro secondo il modello multiprofessionale e multidisciplinare espresso dai PDTA.
- Inoltre l'ASREM si è dotata, anche in conformità a quanto previsto dal DM 70, nell'ambito del Dipartimento di staff, di strutture apposite a garantire strategie gestionali che rendano le azioni aziendali finalizzate alla qualità delle prestazioni e alla implementazione della definizione e applicazione di procedure e protocolli.

A) Confronto Dati di Attività degli Esercizi 2018 – 2017– 2016

Si riportano a confronto le informazioni relative alla produzione di ricoveri per l'esercizio 2018. Le stesse sono state confrontate con la produzione relativa ai due esercizi precedenti.

Ricoveri per acuti

Nell'esame delle informazioni di cui di seguito, va ricordata la chiusura degli stabilimenti Vietri di Larino e SS. Rosario di Venafro, intervenuta rispettivamente a dicembre 2017 e a giugno 2018, nonché la generale contrazione delle attività di ricovero, secondo la programmazione aziendale:

<i>Ricoveri per acuti</i>	<i>2018</i>		<i>2017</i>		<i>2016</i>	
<i>Istituto</i>	<i>Ricoveri</i>	<i>GD</i>	<i>Ricoveri</i>	<i>GD</i>	<i>Ricoveri</i>	<i>GD</i>
CARDARELLI - Campobasso	9.294	70.950	10.164	79.597	10.572	91.833
S.F. CARACCIOLO - Agnone	495	5.198	697	7.472	847	8.494
SAN TIMOTEO - Termoli	6.551	42.426	7.765	54.674	7.604	50.879
SS. ROSARIO - Venafro	-	-	74	1.271	366	6.073
VENEZIALE - Isernia	5.485	40.298	5.705	42.787	6.072	44.844
VIETRI - Larino	-	-			563	10.026
TOTALE	21.825	158.872	24.405	185.801	26.024	212.149

Si fornisce di seguito una rappresentazione grafica dell'andamento dei ricoveri ordinari (sotto tabella 1) e relative delle giornate di degenza (sotto tabella 2):

Fig. 1 Ricoveri per acuti

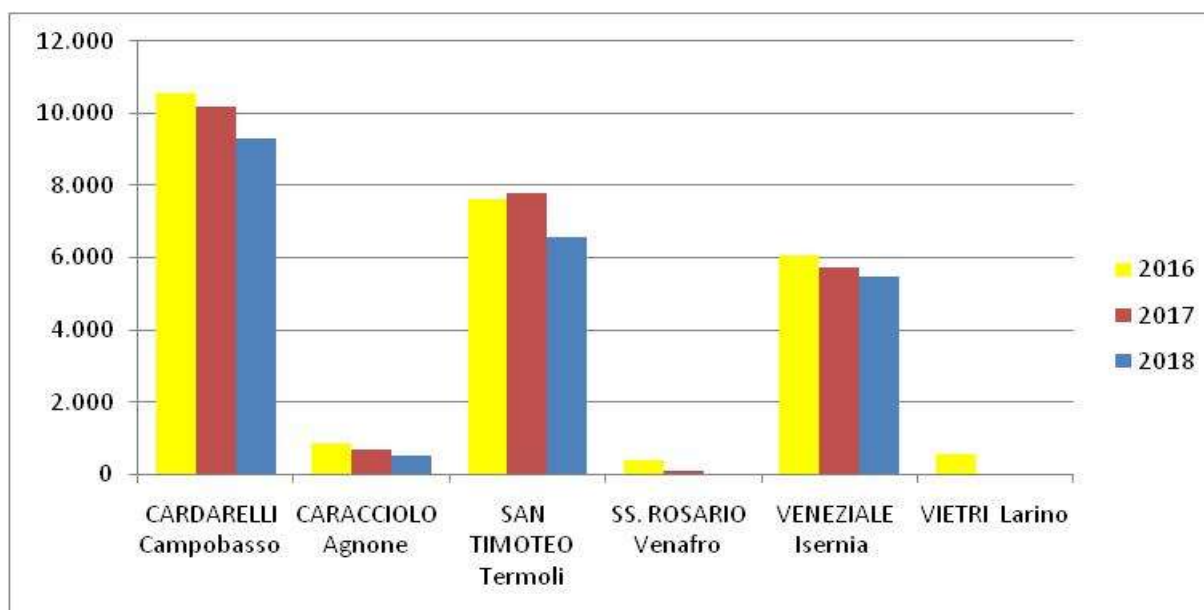
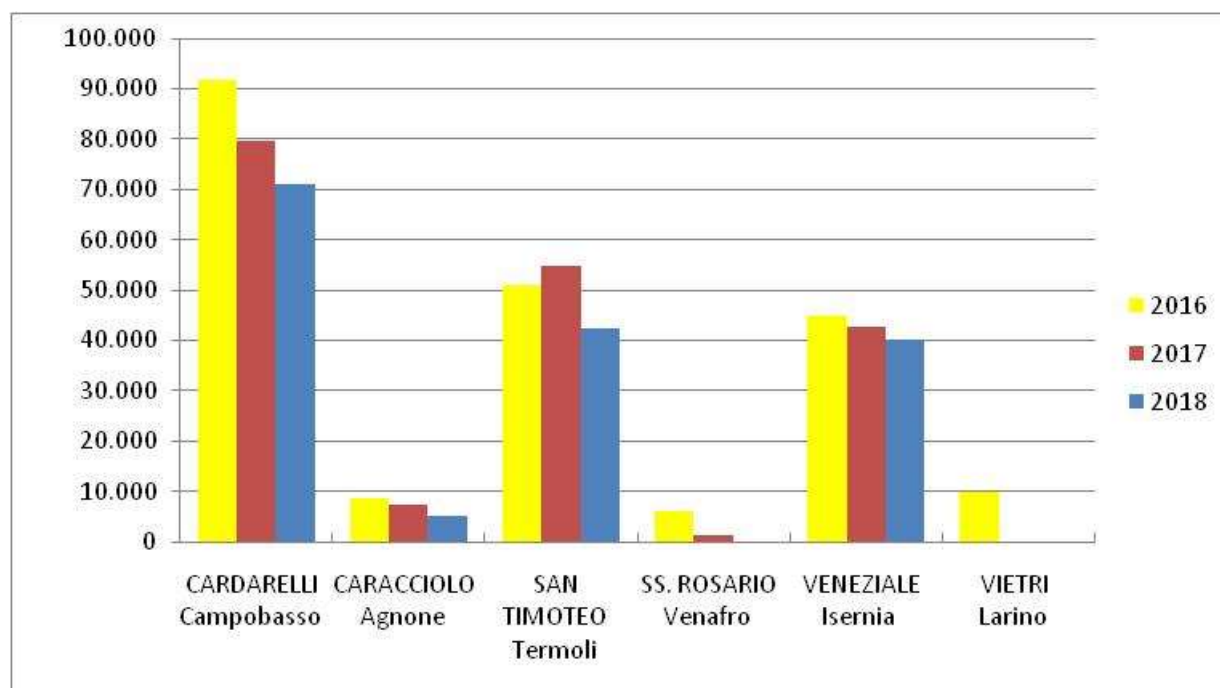


Fig.2 Giornate di degenza per acuti



Ricoveri giornalieri

Anche in tal caso, va considerata la chiusura degli stabilimenti ospedalieri di Larino e Venafro. Tuttavia, contrariamente a quanto accade per i ricoveri ordinari, i presidi regionali si mantengono stabili nell'erogazione delle attività di ricovero giornaliero:

<i>Ricoveri giornalieri</i>	<i>2018</i>		<i>2017</i>		<i>2016</i>	
<i>Istituto</i>	<i>Ricoveri</i>	<i>GD</i>	<i>Ricoveri</i>	<i>GD</i>	<i>Ricoveri</i>	<i>GD</i>
CARDARELLI – Campobasso	3.140	14.909	3.282	14.103	2.965	12.735
S.F. CARACCIOLO - Agnone	497	832	507	821	697	1.082
SAN TIMOTEO - Termoli	1.632	4.659	1.788	5.516	1.753	4.219
SS. ROSARIO - Venafro	-	-	-	-	132	1.063
VENEZIALE - Isernia	1.397	5.014	1.384	5.374	1.374	5.427
VIETRI - Larino	-	-	-	-	220	1.883
TOTALE	6.666	25.414	6.961	25.814	7.141	26.409

Si fornisce di seguito una rappresentazione grafica dell'andamento dei ricoveri giornalieri (sotto tabella 3) e relative delle giornate di degenza (sotto tabella 4):

Fig.3; Ricoveri giornalieri

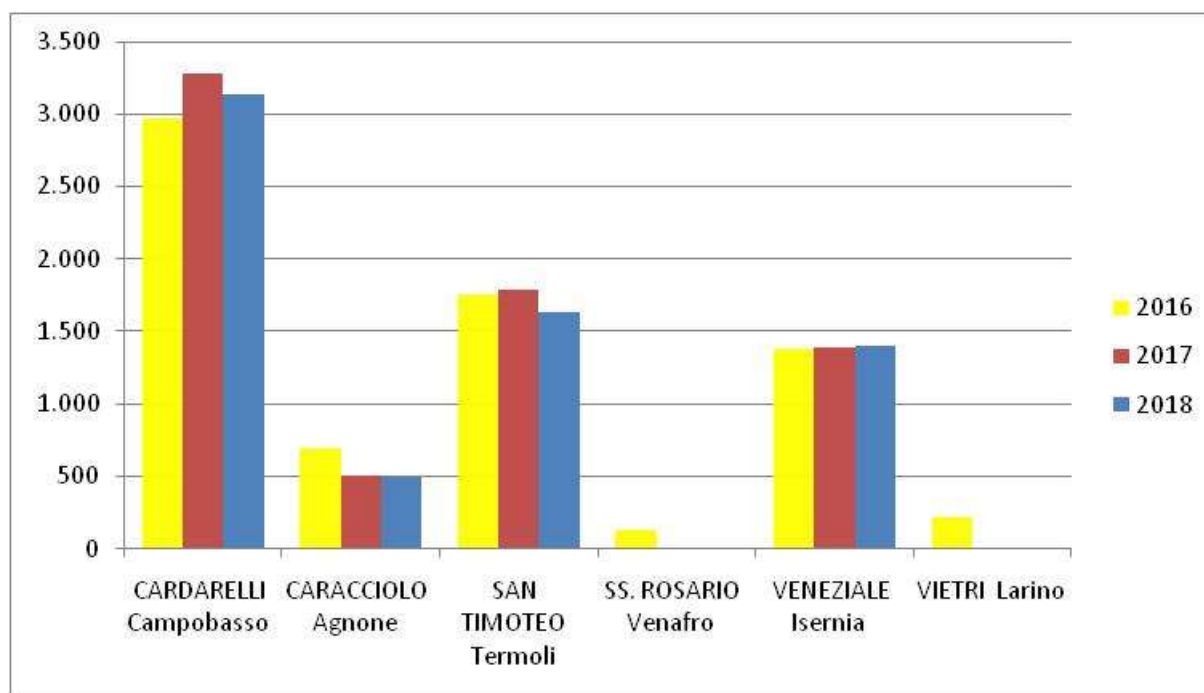
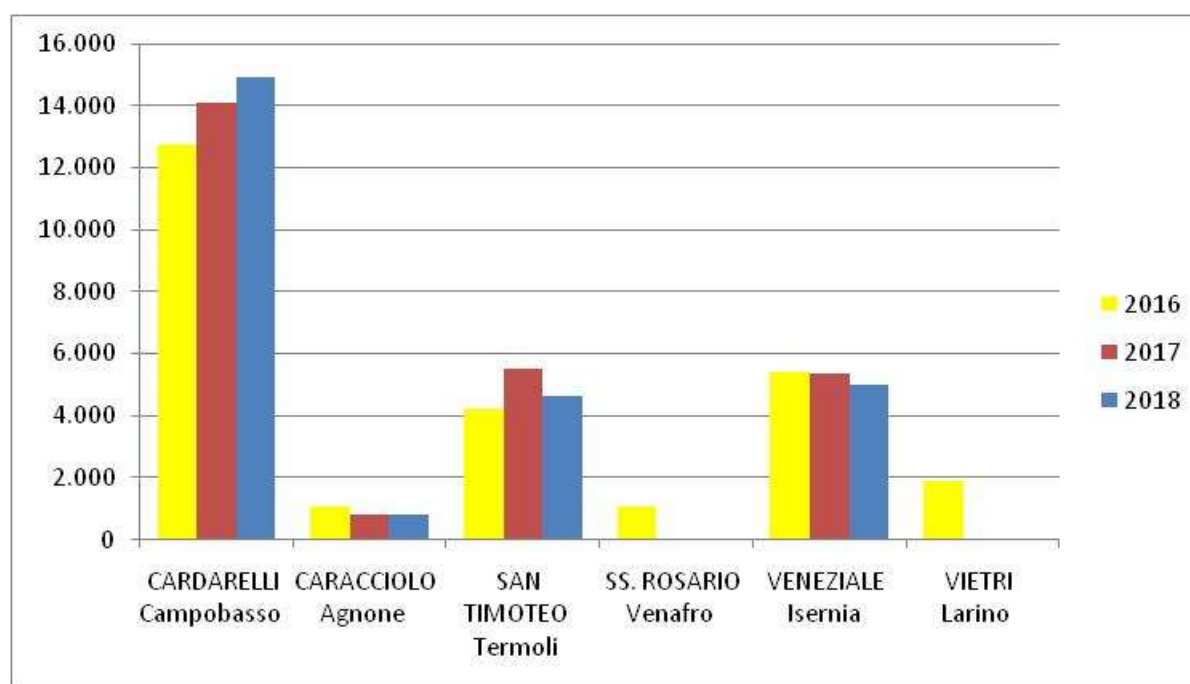


Fig.4: Accessi per ricoveri diurni



B) Risultati di attività dell'esercizio 2018 e confronto con il livello programmato

La riduzione delle attività di ricovero in regime ordinario ed il generale mantenimento delle attività di ricovero a regime giornaliero rientra nella più generale manovra di riorganizzazione dei servizi ospedalieri e nella corretta ridefinizione del rapporto ospedale/territorio.

Produzione Specialistica Ambulatoriale

A) Confronto Dati di Attività degli Esercizi 2018 – 2017 – 2016

Si riportano a confronto le informazioni relative alla produzione di prestazioni ambulatoriali per l'esercizio 2018. Le stesse sono state confrontate con la produzione relativa ai due esercizi precedenti.

Produzione Specialistica Ambulatoriale per Area Distrettuale 2018-2017-2016

<i>SEDE</i>	<i>2018</i>		<i>2017</i>		<i>2016</i>	
	<i>Numer o</i>	<i>Valore</i>	<i>Numero</i>	<i>Valore</i>	<i>Numero</i>	<i>Valore</i>
Area Agnone	114.929	1.143.176	138.844	1.215.178	138.302	1.240.283
Area Campobasso	803.783	11.199.482	902.193	10.537.583	915.171	10.464.016
Area Isernia	716.717	7.557.681	1.043.054	11.752.761	781.671	8.365.738
Area Termoli	850.545	10.243.363	946.231	9.677.444	943.456	10.254.287
TOTALE	2.485.974	30.143.702	3.030.322	33.182.967	2.778.600	30.324.324

Si fornisce di seguito una rappresentazione grafica dell'andamento del numero delle prestazioni (Tabella 1), del valore delle prestazioni erogate (Tabella 2):

Tabella 1: Prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate

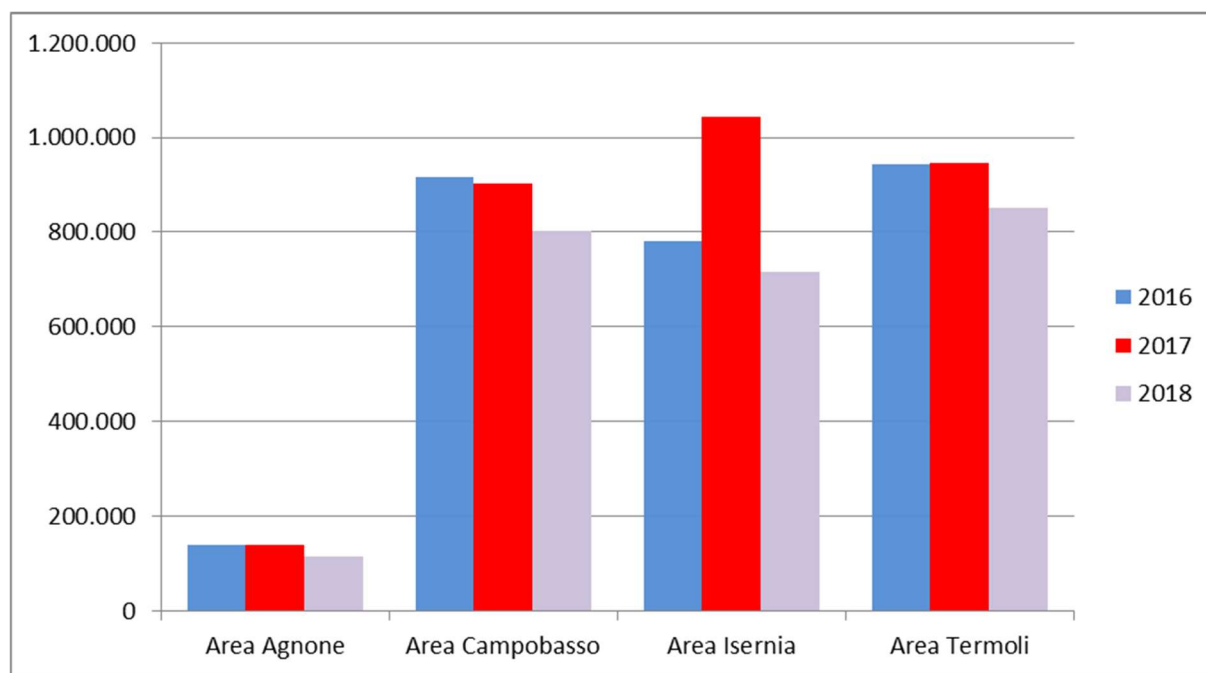
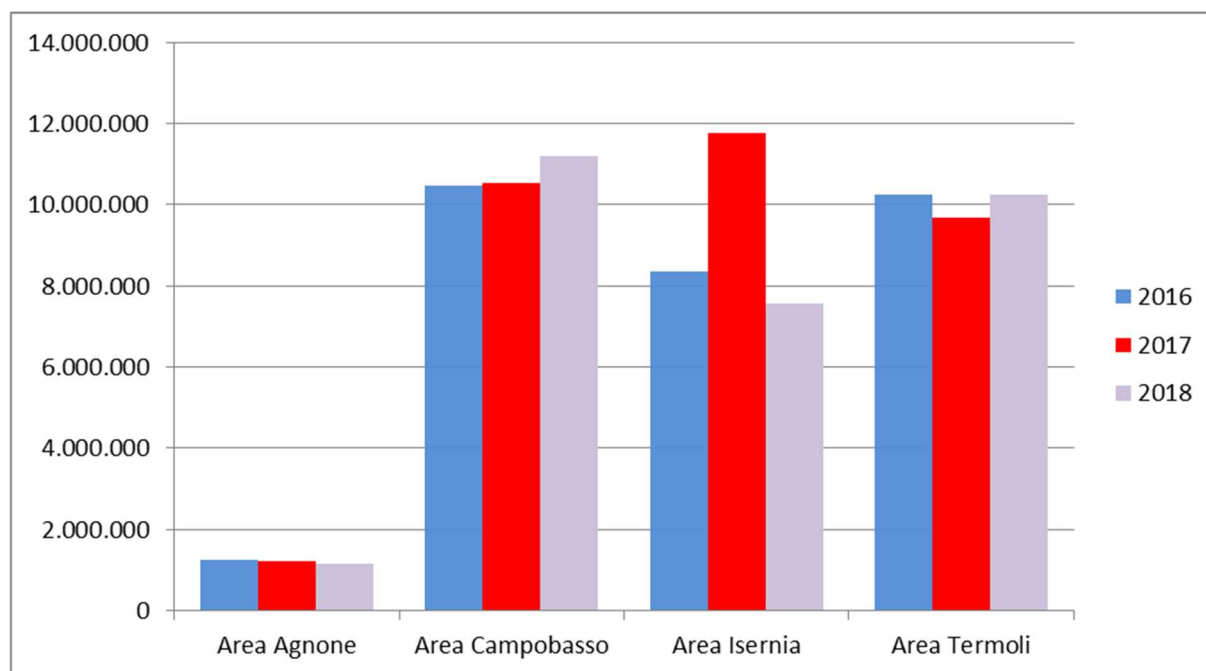


Tabella 2: Valorizzazione economica prestazioni specialistiche ambulatoriali



B) Risultati di attività dell'esercizio 2018 e confronto con il livello programmato

Da un esame delle informazioni riportate, si evince una leggera riduzione delle attività sulle area di Campobasso, Isernia e Termoli.

Le Cure Domiciliari

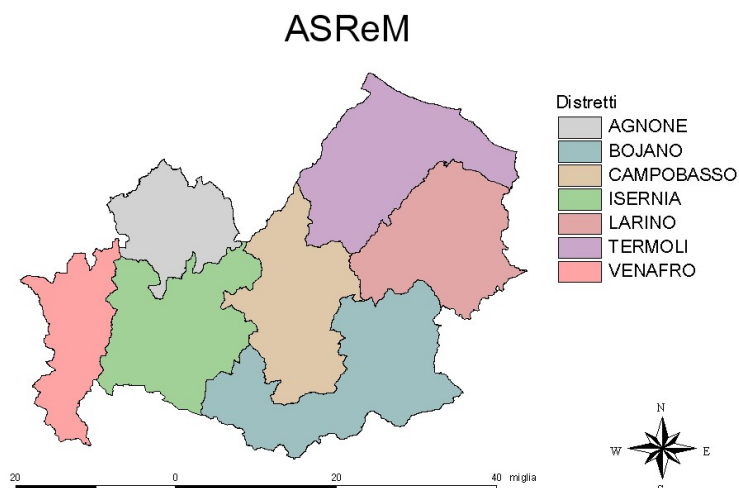
Il contesto territoriale

L'ASReM, coincide con il territorio della regione Molise, una delle regioni dell'Italia Centrale esistente dal 1963 come distaccamento dalla regione Abruzzo.

Il territorio è montuoso per il 55,3% e collinare per la restante parte ad eccezione di una piccolissima zona costiera.

Il Molise con una superficie di 4.425 Km² è la seconda regione più piccola d'Italia e anche la meno abitata (dopo la Valle d'Aosta).

Confina ad est con il Mare Adriatico e la provincia di Foggia, a ovest con la provincia di Frosinone, a nord con le provincie di Chieti e L'Aquila e a sud con le provincie di Benevento e Caserta.



Introduzione

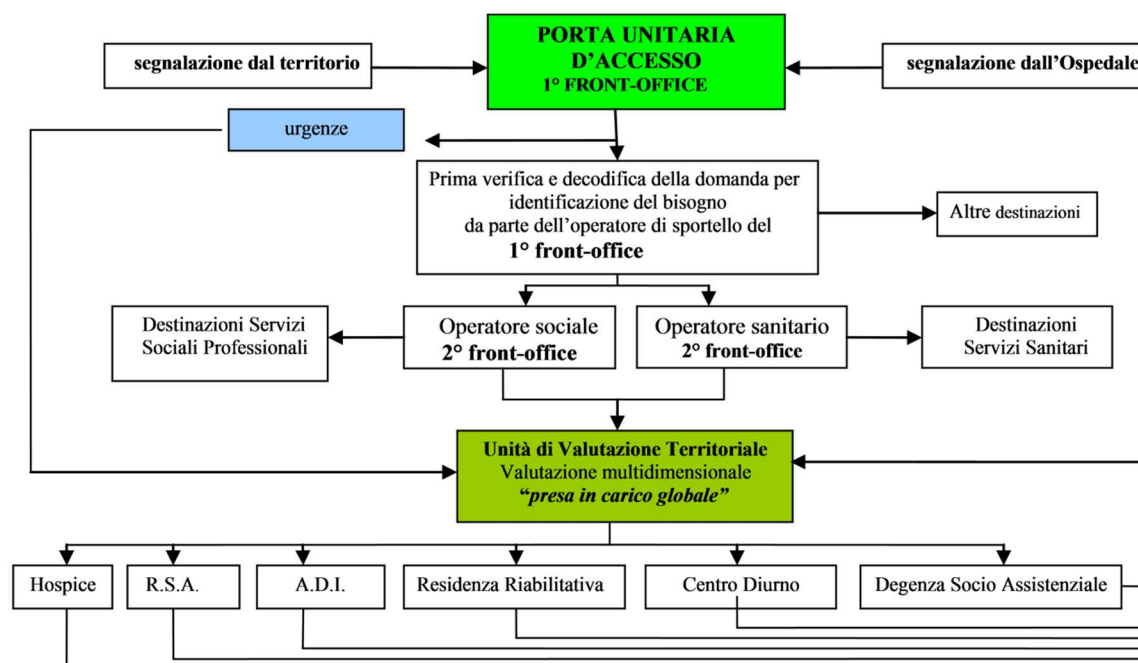
L'esigenza di regolamentare il settore delle cure domiciliari è nato dalla volontà dell'ASReM di uniformare le regole e soprattutto le modalità di valutazione e presa in carico dei pazienti, al momento non uniformi nei diversi distretti, nonché di favorire la deospedalizzazione e la permanenza in famiglia delle persone in condizioni di non autosufficienza ed, in particolare, delle persone con più di sessantacinque anni di età, in vista del raggiungimento dei più elevati livelli di benessere della popolazione nella logica di un obiettivo strategico della programmazione regionale.

Con il provvedimento del Direttore Generale dell'ASReM n. 727 del 02.09.2016, recante: «Ridefinizione organizzativa del sistema delle cure domiciliari e della rete delle Cure Palliative dell'ASReM, ai sensi di quanto previsto dal crono programma POS Molise 2015-2018, azione 11.3.6» e successive integrazioni e specificazioni effettuate con provvedimento del Direttore Generale dell'ASReM n. 16 del 17.01.2017, si è provveduto a riordinare tutta la normativa sulle cure domiciliari.

La necessità di elaborare un nuovo regolamento in prosecuzione di quanto già definito con il precedente provvedimento del Direttore generale n. 493 del 31.08.2015 in cui è stata rivista la normativa esistente con introduzione del Coefficiente di Intensità Assistenziale e il pagamento ad accessi anziché a prestazioni, è nata dall'esigenza dell'ASReM di:

- completare il sistema di classificazione per le “Cure Domiciliari” con la **individuazione dei profili di cura**;
- riorganizzare il sistema nell'ottica di **superare le principali criticità** ancora esistenti:
 - Rivedere le funzioni della Porta Unitaria di Accesso P.U.A. “va intesa come funzione esercitata sia dal segretariato sociale per i comuni, sia dai distretti sanitari per l'Azienda Sanitaria, con compiti di informazione, decodifica dei bisogni, orientamento, trasmissione delle richieste ai servizi competenti”. La P.U.A. rappresenta quindi l'anello operativo strategico per il recepimento unitario della domanda per tutti i servizi sociali e sanitari a gestione integrata e partecipata (di natura domiciliare, residenziale e semiresidenziale).
 - I Piani Assistenziali Individualizzati non perfettamente allineati con le linee guida LEA che prevedono la durata dei singoli PAI in base ai bisogni assistenziali divisi in 90gg e 180gg e quello delle Cure Palliative a 60gg.
- disegnare un modello uniforme su tutto il territorio aziendale riconducendo in un unico atto le norme aziendali e regionali di riferimento già esistenti, in coerenza con quanto sancito dalla Determina del Direttore generale della Salute della Regione Molise n. 232 del 26.10.2015 *avente ad oggetto: “Approvazione delle linee guida per il potenziamento e la riqualificazione del sistema delle cure domiciliari della Regione Molise in coerenza con le indicazioni ministeriali, regionali e aziendali in materia” che ha compiutamente definito le cure domiciliari e le sue caratteristiche*, distinguendo le prestazioni in esse rientranti in:
 - Cure Domiciliari di livello O, prestazionali, occasionali o ciclico programmato;

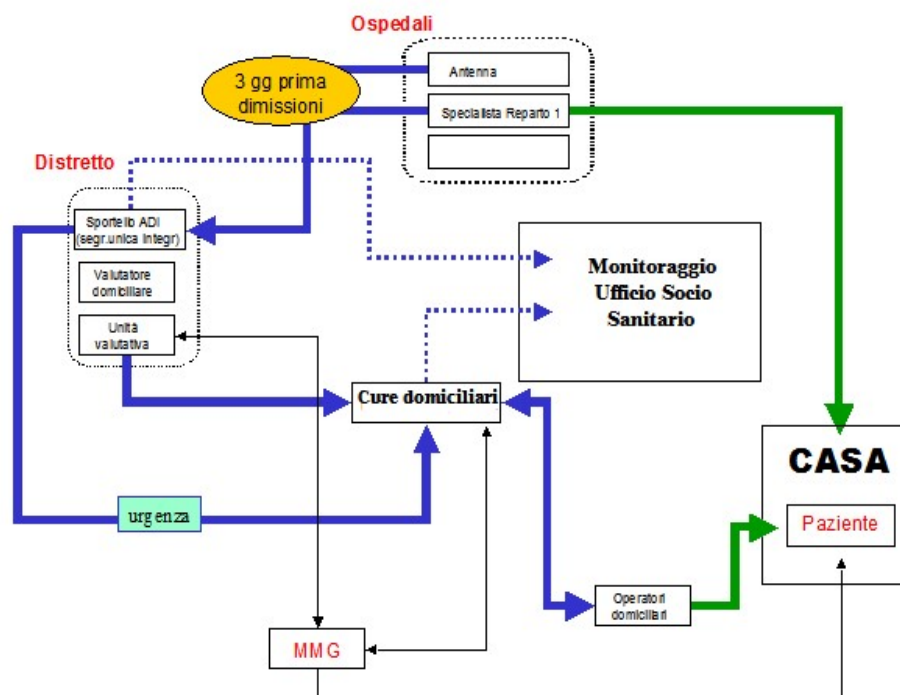
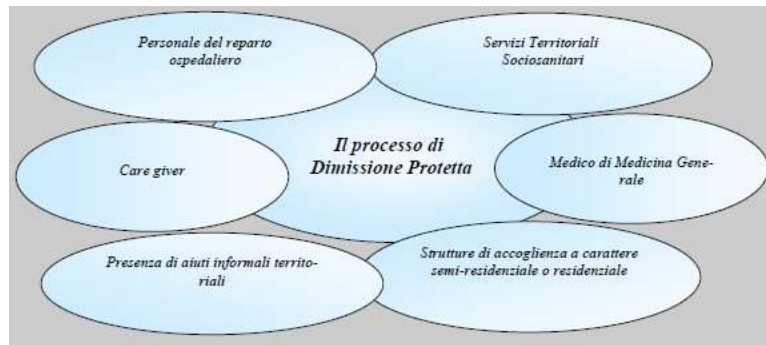
- Cure Domiciliari Integrate (ADI) di primo, secondo e terzo livello (ovvero a bassa, media o alta intensità);
- Cure Domiciliari palliative a malati terminali.



A completamento del percorso di riorganizzazione, con separato provvedimento aziendale sono stati definiti i PDTA, per BPCO, Scompenso cardiaco e Diabete.

I principali obiettivi che ci si è posto nella riorganizzazione del sistema sono stati:

- elaborare un piano regionale per lo sviluppo dell'assistenza domiciliare che contenga una rivisitazione delle linee guida precedentemente emanate dalla regione con una puntuale definizione delle tipologie, quantità e qualità di prestazioni da erogare nelle diverse forme di assistenza a bassa, media e alta intensità di cura, sulla scorta del documento della Commissione LEA (2006);
- riformulare l'accordo con le cooperative, nelle more del completamento dell'iter della nuova gara, sulla base di un criterio di affidamento univoco dei servizi per tutto il territorio regionale e rideterminare il relativo sistema tariffario che, distinto per tipologia di prestazioni collegate al profilo di cura e alla natura del bisogno (PAC territoriali), garantisca atti di cura appropriati, efficaci e flessibili e, quindi, rispondenti alle mutevoli necessità dell'assistito;
- rivisitare la "rete delle cure palliative ed Hospice" con la definizione di linee guida che, pur nel rispetto delle specificità ad essa demandate, integri la stessa con il sistema delle cure domiciliari;
- migliorare l'appropriatezza delle prestazioni erogate;
- incrementare il numero dei casi ad medio/alta intensità di cura;
- sviluppare le dimissioni protette, avendo come obiettivo prioritario assistenziale la domiciliarizzazione e la deospedalizzazione mediante un Protocollo che regola le procedure di dimissioni protette fra i Distretti Sanitari dell'ASReM ed i Presidi Ospedalieri pubblici, privati accreditato e case di cura.

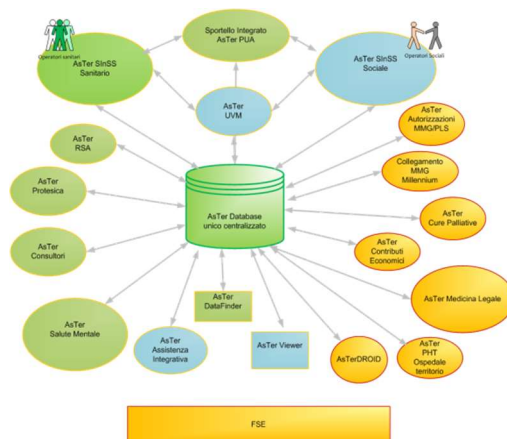


Modello organizzativo

- realizzare un r di distretto soci
- creare una mag di tipo domiciliare erogati dai Servizi Sociali dei Comuni e/o Ambiti Territoriali Sociali (ATS) previsti dagli accordi di programma concordati tra gli ATS e l'Azienda Sanitaria

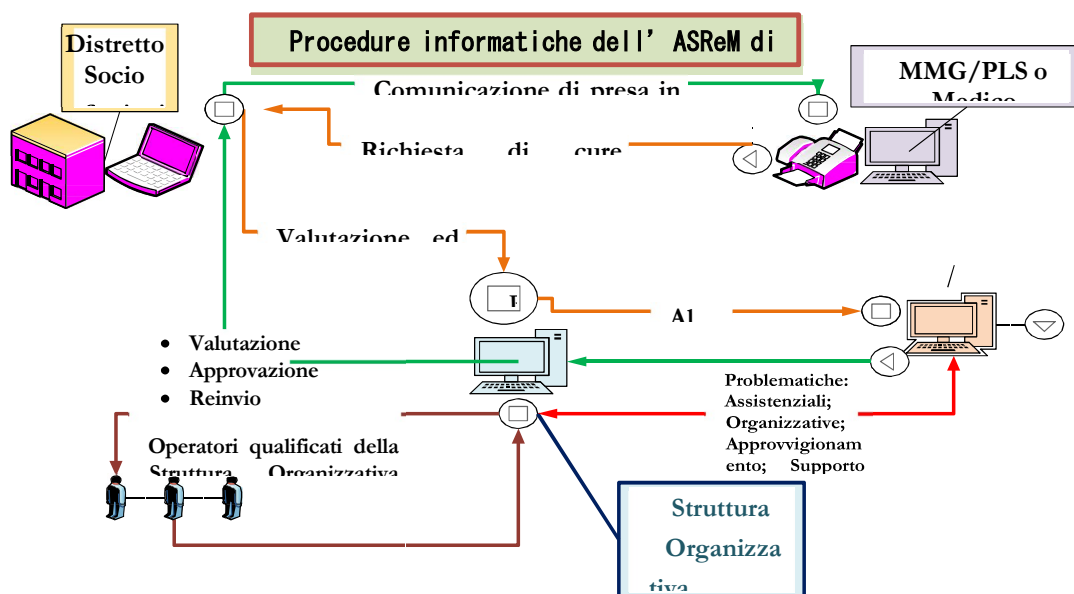


- rivisitare il software attualmente in uso per il monitoraggio delle cure domiciliari, rendendolo più flessibile ed intuitivo;



- rendere il sistema di erogazione del livello aziendale, con la creazione di (Struttura Organizzativa Integrata Cure Domiciliari)

PAI uniforme ed omogeneo a un coordinamento centrale



- Sviluppare la telemedicina nel sistema aziendale delle cure domiciliari giustificata dall'evoluzione in atto della dinamica demografica, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località. La Telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti. I servizi di Telemedicina possono essere classificati nelle seguenti macro-categorie:
 - Telemedicina specialistica
 - Telesalute
 - Teleassistenza

TELEMEDICINA					
CLASSIFICAZIONE		AMBITO	PAZIENTI		RELAZIONE
TELEMEDICINA SPECIALISTICA	TELE VISITA	sanitario	Può essere rivolta a patologie acute, croniche, a situazioni di post-acuzie	Presenza attiva del Paziente	B2C B2B2C
	TELE CONSULTO			Assenza del Paziente	B2B
	TELE COOPERAZIONE SANITARIA			Presenza del Paziente, <i>in tempo reale</i>	B2B2C
TELE SALUTE		sanitario	E' prevalentemente rivolta a patologie croniche	Presenza attiva del Paziente	B2C B2B2C
TELE ASSISTENZA		socio-assistenziale	Può essere rivolta ad anziani e fragili e diversamente abili		

* B2B: individua la relazione tra medici

B2B2C: individua la relazione tra un medico e un paziente mediata attraverso un operatore sanitario

B2C: individua la relazione tra medico e paziente

Riepilogo attività Cure Domiciliari anno 2018

PAZIENTI trattati nel 2018	AGNONE	BOJANO	CAMPOBASSO	ISERNIA	LARINO	TERMOLE	VENAFRO	Totale
ADULTO	59	67	191	203	101	147	120	888
Cure Domiciliari di base	9	10	53	42	35	40	27	216
Cure Domiciliari Integrate	50	57	137	161	66	107	93	671
Residenzialita'			1					1
ANZIANO	541	563	1836	1478	947	1987	1102	8454
Cure Domiciliari di base	251	164	772	575	354	1022	370	3508
Cure Domiciliari Integrate	290	399	1063	903	593	965	731	4944
Residenzialita'			1				1	2
MALATO TERMINALE		7	17	3	15	28		70
Cure Domiciliari di base		1	2		1	6		10
Cure Domiciliari Integrate		6	15	3	14	22		60
MINORE	2	2	5	9	3	9	15	45
Cure Domiciliari di base					1	1	3	5
Cure Domiciliari Integrate	2	2	5	9	2	8	12	40
Totale	602	639	2049	1693	1066	2171	1237	9457

PAI erogati nel 2018	AGNO NE	BOJA NO	CAMPOB ASSO	ISER NIA	LARI NO	TER MOL I	VENAF RO	Total e
ADULTO	98	128	295	364	147	305	234	1571
Cure Domiciliari di base	12	13	62	64	38	53	38	280
Cure Domiciliari Integrate	86	115	232	300	109	252	196	1290
Residenzialita'			1					1
ANZIANO	777	946	2928	2812	1544	3703	2164	14874
Cure Domiciliari di base	285	210	855	840	448	1191	513	4342
Cure Domiciliari Integrate	492	736	2072	1972	1096	2512	1650	10530
Residenzialita'			1				1	2
MALATO TERMINALE		10	34	4	21	59	1	129
Cure Domiciliari di base		1	3	1	1	7		13
Cure Domiciliari Integrate		9	31	3	20	52	1	116
MINORE	3	3	11	22	6	23	32	100
Cure Domiciliari di base					1	1	3	5
Cure Domiciliari Integrate	3	3	11	22	5	22	29	95
Totale	878	1087	3268	3202	1718	4090	2431	16674

ANALISI :**COPERTURA per ambito distrettuale**

	AGNO NE	BOJA NO	CAMPOB ASSO	ISER NIA	LARI NO	TER MOL I	VENAF RO	
POP up65 anni al 1 gennaio 2018	3438	10025	20003	11353	7057	16710	6154	74740
Pazienti up65 trattati in ADI	290	399	1063	903	593	965	731	
% Pazienti up 65 trattati	8,44%	3,98%	5,31%	7,95%	8,40%	5,77%	11,88%	6,61%
prese in carico per pazienti up 65 (ADI)	777	946	2928	2812	1544	3703	2164	14874
% Pazienti up 65 in carico	5,22%	6,36%	19,69%	18,91%	10,38%	24,90%	14,55%	

COPERTURA per Distretto

	Isernia	Campobasso	Termoli
Numero prese in carico	5753	3874	5247
	38,68%	26,05%	35,28%
Numero pazienti	1924	1462	1558
	38,92%	29,57%	31,51%

Allineamento della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale ai limiti di spesa nazionale e regionale

La Legge n. 232/2016 (Legge di Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017) ha definito all'articolo 1, commi 398 e 399, i due nuovi tetti della spesa farmaceutica a partire dall'anno 2017, mantenendo invariate le risorse complessivo pari al 14,85% del FSN.

In particolare la legge di Bilancio 2017 ha così disposto :

•“comma 398: a decorrere dall'anno 2017, il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera di cui all'articolo 5, comma 5, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, è calcolato al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, ed è rideterminato nella misura del 6,89 per cento. Conseguentemente il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera assume la denominazione di «tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti»

•“comma 399. Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dal comma 398, il tetto della spesa farmaceutica territoriale, di cui all'articolo 5 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, è rideterminato nella misura del 7,96 per cento. Conseguentemente il tetto della spesa farmaceutica territoriale assume la denominazione di «tetto della spesa farmaceutica convenzionata»”.

Inoltre la stessa Legge di Bilancio 2017 ha istituito:

•a decorrere dal 1° gennaio 2017, nello stato di previsione del Ministero della Salute un Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi non oncologici, con una dotazione di 500 milioni di euro annui;

•a decorrere dal 1° gennaio 2017, nello stato di previsione del Ministero della Salute un Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali oncologici innovativi, con una dotazione di 500 milioni di euro annui, mediante utilizzo delle risorse del comma 393.

Verifica del Tetto della spesa farmaceutica convenzionata

(7,96% del fabbisogno sanitario nazionale)

La spesa netta farmaceutica convenzionata a carico del SSR nel periodo Gennaio- Dicembre 2018 si è attestata a € 40.829.261,80 evidenziando un decremento rispetto all'anno precedente pari al 4,4%.

La TAB 7 bis allegata al documento AIFA di monitoraggio della spesa farmaceutica anno 2018 riporta per ciascuna regione l'incidenza percentuale della spesa farmaceutica convenzionata sul Fondo sanitario regionale. Il Molise risulta tra le regioni “virtuose” avendo rispettato il tetto prestabilito con un valore pari al 7,14% a fronte del 7,96%.

Tabella 1: SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA GEN-DIC 2018/2017

DISTRETTI	SPESA GEN-DIC 2018	SPESA GEN-DIC 2017	SCOSTAMENTO
AGNONE	1.476.070,81	1.555.915,58	-5,13%
ISERNIA	10.026.893,45	10.684.567,68	-6,16%
CAMPOBASSO	16.306.356,30	16.981.490,56	-3,98%
TERMOLI	13.019.941,24	13.495.413,46	-3,52%
	40.829.261,80	42.717.387,28	-4,42%

Spesa per farmaci Innovativi

La spesa sostenuta per l'acquisto di farmaci classificati innovativi dall'AIFA nell'anno 2018 è stata pari a € 10.332.433,03 di cui € 7.899.562,44 di farmaci con accesso al fondo (Cfr. tabella 2)

Tabella 2: FARMACI INNOVATIVI

SPECIALITA' FARMACEUTICA	SPESA ANNO 2018
ALECENSA*	43.744,84
BAVENCIO	8.456,05
BESPO NSA	0,00
BLINCYTO	0,00
DARZALEX*	166.933,72
DUPIXENT*	0,00
ENTRESTO	118.798,00
EPCLUSA*	3.758.334,00
HEMLIBRA	0,00
IBRANCE	516.188,00
ILARIS	9.540,80
IMBRUVICA*	283.316,34
KEYTRUDA*	183.826,49
KISQALI	2.048,50
LARTRUVO	19.110,48
MAVIRET*	816.198,00

OPDIVO*	1.548.710,02
OXERVATE*	0,00
PREVYMIS*	0,00
QARZIBA*	0,00
REVLIMID	1.675.028,00
RYDAPT*	0,00
SPINRAZA*	616.000,00
STIVARGA	73.108,00
STRIMVELIS*	0,00
TECENTRIQ*	50.225,29
VENCLYXTO	10.592,76
VOSEVI*	323.706,00
ZEJULA	0,00
ZEPATIER*	108.567,74
TOTALE	10.332.433,03

Fonte: Areas (ordinato ricevuto)

*farmaci che hanno accesso ai fondi farmaci innovativi ai sensi dell'art. 1, commi 402, 403 e 404, della legge 11 dicembre 2016, n. 232 (legge di Bilancio 2017) e ss.mm.ii.

Verifica del Tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti (6,89% del fabbisogno sanitario nazionale)

La spesa sostenuta per farmaci erogati in regime di distribuzione diretta e per conto come risultante dalla piattaforma NSIS per l'anno 2018 è risultata pari a 48.290.155,39 con un incremento rispetto all'anno 2017 pari all'11,02%. I farmaci che hanno maggiormente contribuito a tale incremento appartengono alla classe

L "antineoplastici e immunomodulatori", la maggior parte considerati innovativi dall'AIFA, alcuni con accesso al fondo.

Tabella 3: Distribuzione diretta, variazioni per classi terapeutiche
(Fonte NSIS, aggiornamento del 01/03/2019)

ATC	Gen-Dic 2017 Importo (€) A	Gen-Dic 2018 Importo (€) B	SCOSTAMEN TO Importo (€) C = B-A	Spesa Gen-Dic 2018 vs Gen-Dic 2017 (%)	Impatto Classe "ATC" sullo scostamento (%) E
L	17.514.311,26	19.899.159,44	+2.384.848,18	+13,61%	+49,76%
B	6.727.232,81	7.845.548,30	+1.118.315,49	+16,62%	+23,33%
J	7.870.172,8	8.389.155,60	+518.982,80	+6,59%	+10,82%
A	3.413.178,08	3.842.240,83	+429.062,75	+12,57%	+8,95%
N	1.990.423,22	2.164.817,03	+174.393,81	+8,76 %	+3,63%
C	1.732.501,34	1.839.825,17	+107.323,83	+6,19 %	+2,24%
M	137.552,48	215.756,59	+78.204,11	+56,85%	+1,63%
R	287.916,22	362.247,86	+74.331,64	+25,81%	+1,55%
V	1.103.122,01	1.166.885,17	+63.763,16	+5,78 %	+1,33%
ND	84.378,81	123.252,24	+38.873,43	+46,07%	+0,81%
D	10.945,56	12.585,43	+1.639,87	+14,98%	+0,03%
S	635,51	1.171,41	+535,90	+84,32%	+0,01%
P	90,08	168,10	+78,02	+86,61%	0,00%
G	415.827,94	388.086,96	-27.740,98	-6,67 %	-0,57%
H	2.209.264,32	2.039.255,26	-170.009,06	-7,69%	-3,54%

Total	43.497.552,44	48.290.155,39	+4.792.602,95	+11,02%	
--------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------	--

Nell'ambito della distribuzione per conto si evidenzia un aumento delle confezioni dispensate a causa dell'inserimento di nuovi farmaci in tale regime distributivo più conveniente rispetto al convenzionale. La minore spesa sostenuta risulta pari al 40,6%.

Tabella 4: Distribuzione per conto. (Fonte: FARMASTAT)			
	GEN/ DIC 2018	GEN/DIC 2017	SCOSTAMENTO %
N° RICETTE	166.323	161.301	3,11
N° PEZZI	242.031	236.287	2,43
LORDO (1)	28.716.207,51	26.722.352,13	7,46
SCONTO SSN (2)	2.447.364,62	2.371.812,18	3,19
ALTRI SCONTI (2)	685.354,28	660.985,90	3,69
NETTO SSN (2)	15.561.800,77	14.275.881,01	9,01
SPESA ACQUISTO (1)	1.668.395,40	1.624.655,30	2,69
ONERI 1 (3)	0,00	0,00	Nc
ONERI 2 (3)	193.660,00	180.488,50	7,30
TICKET REGIONALE	0,00	0,00	Nc
COSTO DPC	17.036.536,17	15.720.047,81	8,37

L'analisi dei dati relativi ai consumi ospedalieri fa rilevare complessivamente un incremento del 4% riconducibile totalmente alla classe L "antineoplastici e immunomodulatori", legato all'acquisto di farmaci innovativi tutti con accesso al fondo.

Tabella5: Distribuzione consumi ospedalieri, variazioni per classi terapeutiche (Fonte NSIS, aggiornamento del 04/03/2019)					
ATC	Gen-Dic 2017 Importo(€) A	Gen-Dic 2018 Importo(€) B	SCOSTAMENT O Importo (€) C = B-A	Spesa 2018 vs 2017 (%) D	Impatto Classe "ATC" sullo scostamento (%) E
L	8.850.323,85	9.303.920,18	453.596,33	5,12%	+58,78%
N	668.396,39	922.191,13	253.794,74	37,97%	+32,88%
J	2.632.695,48	2.710.471,44	107.775,96	4,09%	+13,96%
S	995.642,29	1.034.237,97	38.595,68	3,87%	+5,00%
A	395.557,06	419.537,75	23.980,49	6,06%	+3,10%
C	124.587,22	148.234,99	23.647,77	18,98%	+3,06%
D	59.114,37	74.861,66	15.747,29	26,63%	+2,04%
H	102.724,21	117.678,44	14.954,22	14,55%	+1,93%
ND	773,54	12.394,43	11.620,89	1502,30%	+1,50%
P	582,89	227,80	-355,09	-60,91%	-0,04%
R	73.037,49	70.736,56	-2.300,93	-3,15%	-0,30%
G	110.472,04	94.377,27	-16.094,77	-14,57%	-2,08%
M	189.548,64	167.270,44	-22.278,20	-11,75%	-2,88%
V	1.623.727,93	1.597.733,33	-25.994,60	-1,60%	-3,36%
B	2.074.980,15	1.999.987,45	-74.992,70	-3,61%	-9,71%
Total e	17.902.163,58	18.673.860,84	771.697,27	4,31%	

La tab 16 del monitoraggio AIFA riporta per ciascuna regione l'incidenza del valore complessivo di spesa rispetto al tetto prestabilito. La regione Molise risulta in linea con l'andamento nazionale con un valore pari al 15.98 % rispetto alla media.

Allineamento della spesa per l'acquisto di beni e servizi sanitari e non ai limiti di spesa nazionale e regionale**Beni e servizi anno 2018**

Nell'anno 2018, in ottemperanza alle disposizioni di settore ((D.lgs. 12.04.2016, n.50 . D.lgs. 19 aprile 2017, n. 56, e linee guida ANAC) oltre che a quanto previsto dai Decreti del Commissario ad Acta n.5 del 30.11.2009, n. 7 del 23.2.2010 e n 17 del 10/03/2015, l'ASReM ha proseguito nel virtuoso percorso ormai pluriennale, strutturando ed affinando ulteriormente la realizzazione dell'intero iter procedurale per le gare attraverso l'adesione a convenzioni CONSIP (*Tabella 1*) e attraverso l'utilizzo delle modalità di acquisto tramite portale del MePA, relativamente ai beni e servizi presenti su entrambi i portali e compatibili con le esigenze aziendali, risultando già attive nel 2018 altre convenzioni CONSIP cui l'ASReM aveva in precedenza aderito: veicoli in noleggio, buoni pasto, server, manutenzioni centrali telefoniche ASReM e 118, telefonia fissa e mobile, fuel card (carte carburante), buoni benzina, multifunzioni (stampanti, scanner, etc...), service dialisi.

Tale metodologia è ormai diventata una prassi strutturata e consolidata per quanto concerne l'acquisto di beni e servizi.

Le procedure di acquisizione 2018 effettuate dalla competente U.O. aziendale tramite MePa sono state, per l'intero 2018, 452 su 571, mentre 119 sono state espletate per prodotti non presenti sul catalogo MePA in forma cartacea fino al 17/10/2018 e dal 18/10/2018, giusta disposizione del DG Prov. n.372 del 27/09/2018 che impone l'obbligo a decorrere da tale data di svolgere le gare solo con canali telematici, in esecuzione di quanto previsto dall'art.40 D.Lgs n.50/2016, attraverso l'utilizzo di apposita piattaforma informatica a tale fine dedicata.

Per quanto attiene poi la riduzione della spesa per beni e servizi, si rimarca che l'ASReM ha seguito in profonde azioni di contenimento della spesa, con specifico riferimento alle misure previste dalla *Spending Review*, anche nell'anno oggetto di questa relazione, come nelle precedenti annualità. Parte di questi interventi derivano dall'applicazione delle disposizioni previste dall'art. 15 comma 13 della Legge n. 135/2012, e successive modifiche ed integrazioni, parte dall'applicazione delle disposizioni previste dall'art. 9 ter del D.L. 19 giugno 2015, n. 78 convertito con L. 6 agosto 2015, n.125, ad oggetto: "Razionalizzazione e efficientamento della spesa del SSN per beni e servizi, dispositivi medici e farmaci".

Si è proceduto anche al rafforzamento di strumenti e metodologie per le iniziative dirette alla verifica dell'appropriatezza dei consumi attraverso l'analisi dei fabbisogni effettuati di concerto con gli ordinatori di spesa, anche con riferimento alla rimodulata organizzazione delle strutture aziendali derivante dal nuovo Atto aziendale dell'ASReM, adottato con Provvedimento DG n. 301 del 27/03/2018, ratificato dal DCA n. 39 dell'11/04/2018 e successive modifiche ed integrazioni e l'adozione di misure specifiche finalizzate a conseguire l'effetto di contenere i volumi di acquisto, attraverso la riduzione del numero degli ordinativi, ponendo in essere un'analisi critica quali/quantitativa delle proposte d'ordine provenienti dalle varie strutture aziendali.

Sono state, inoltre, attivate tutte le possibili azioni rientranti nell'ambito dell'autonomia gestionale della competente U.O. per il contenimento dei costi; in particolare è stata posta una costante attenzione per coniugare l'obiettivo della riduzione della spesa con il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza e per cercare di razionalizzare le risorse, migliorando i processi già in precedenza impostati, anche attraverso l'adozione di azioni congiunte con i Responsabili delle varie strutture aziendali, quali il miglioramento della capacità di pianificare i fabbisogni di consumo e di governare la domanda interna attraverso una più capillare analisi delle effettive esigenze; tra l'altro, l'UO competente, attraverso il monitoraggio costante delle richieste di acquisto e degli ordinativi di beni, ha rispettato le disposizioni impartite dalla Direzione Generale Aziendale con nota prot.855 del 04.06.2015.

Nel corso del 2018, fermi restando con gli scopi istituzionali del perseguimento di obiettivi di salute fissati dai parametri nazionali e di garanzia di adeguati livelli assistenziali, sono state delineate iniziative volte al conseguimento di ulteriori riduzioni di spesa. In questo senso, stante anche l'approvazione del già richiamato Atto Aziendale e le risultanti conseguenze,

si è agito sia sulla riorganizzazione degli assetti strutturali dei servizi ospedalieri e territoriali, sia sulla rimodulazione dei volumi di acquisto e dei livelli di servizio, nonché dei prezzi contrattuali, come si evidenzia, tra l'altro, dallo schema di sintesi del confronto, tra il bilancio di verifica 2017/2018, di alcuni beni e servizi sui quali si evidenzia maggiormente il risultato delle iniziative intraprese (Tabella 2).

In tale direzione, oltre all'adozione di misure finalizzate, si è proceduto:

- al consolidamento delle iniziative dirette alla verifica dell'appropriatezza dei consumi attraverso un tempestivo monitoraggio sui fabbisogni e sulle quantità dei beni da acquisire, in raccordo con i centri ordinatori/utilizzatori;
- all'adozione di specifiche misure tendenti a conseguire l'effetto di ridurre i volumi di acquisto, rispetto a quelli contenuti nei contratti in essere, mediante l'emissione di un numero di ordinativi per quantità inferiori a quelle degli anni precedenti. L'intervento di riduzione degli ordini di acquisto è stato in ogni caso, intrapreso, previa valutazione dell'esigenza di soddisfacimento dei bisogni dell'utenza e al fine di non compromettere la continuità nella garanzia dei livelli essenziali di assistenza;
- iniziative di spending review con riduzione degli importi unitari dei prezzi riferiti a dispositivi medici (provvedimento del Direttore Generale n.955 del 19/09/2018 di presa d'atto della scontistica concessa);
- all'ottimizzazione delle scorte di magazzino tramite una più corretta determinazione effettuata capillarmente a cadenza trimestrale, dei livelli delle giacenze al fine di limitare il più possibile il capitale investito nel magazzino ed i rischi di deperimento, scadenza, danneggiamento, obsolescenza; le operazioni inventariali effettuate ogni trimestre interessano i magazzini farmaceutici di reparto, economici ed i magazzini esterni per i farmaci in distribuzione per conto.

L'ASReM ha poi seguito con l'adozione di azioni finalizzate alle rinegoziazioni di alcuni contratti e agli adempimenti a riscontro di quanto richiesto con Circolare del Ministero dell'Economia e Finanza e del Ministero della Salute prot. n. 20518/2016, recante "Art. 9 del Decreto Legge n. 66 del 24 aprile 2014 Indicazioni per l'attuazione della norma sull'acquisizione di beni e servizi del settore sanità – Ricognizione dei contratti attivi".

Relativamente agli interventi messi in campo nell'ambito delle azioni propedeutiche all'attività di razionalizzazione della spesa sanitaria, al fine del miglioramento delle funzioni di programmazione, indirizzo e controllo, è stato ulteriormente perfezionato il percorso di ricognizione dello stato gestionale e organizzativo delle attività concernenti la predisposizione degli atti di gara e in tale contesto, ritenendo di prioritaria importanza (in considerazione della numerosità, nonché specificità delle forniture di beni e servizi che l'Azienda acquisisce) che nel processo di elaborazione dei capitolati tecnici partecipino più professionalità, anche in relazione alle diverse strutture coinvolte nei processi di approvvigionamento. La costituzione di specifici gruppi di lavoro preposti alla rilevazione e attualizzazione dei fabbisogni di beni e servizi ha consentito di predisporre una serie di atti finalizzati all'attivazione di nuove procedure di gara, e alla loro trasmissione, - in ossequio alla normativa sull'obbligo di centralizzazione degli acquisti e con riferimento anche alle categorie merceologiche di cui al DPCM 24 dicembre 2015- alla Centrale Unica di Committenza Regionale del Molise istituita con L.R. 4 maggio 2015, n. 8 - art.22- e iscritta nell'elenco dei Soggetti Aggregatori con Delibera ANAC n. 58 del 22.7.2015.

Ai fini della programmazione degli acquisti ivi compresi quelli riferiti alle ctg merceologiche previste nel DPCM del 24 dicembre 2015, recante "Individuazione delle categorie merceologiche ai sensi dell'articolo 9, comma 3 del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, unitamente all'elenco concernente gli oneri informativi" si è provveduto a trasmettere alla Centrale Unica di Committenza Regione i prospetti dei fabbisogni presunti 2015 -2016 e il prospetto per la programmazione biennale per le acquisizioni di beni e servizi 2017-2018.

Inoltre, premesso che in esecuzione di quanto previsto dalla L.R. n.8 del 04/05/2015, istitutiva della Centrale Unica di Committenza Regionale, l'ASReM ha autonomia di spesa solo per le procedure relative ad acquisti di importo inferiore ad € 40.000,00, nonché per le procedure anche superiori a tale importo ma specificatamente autorizzate dalla suddetta Centrale,

si elencano nella tabella di seguito riportata i capitolati (n.20) redatti dalla competente U.O. aziendale e trasmessi alla Centrale di Committenza Regionale per l'espletamento delle gare di competenza:

1° semestre 2018

Procedura di gara per l'affidamento della fornitura dei servizi e di prodotti vari per dialisi peritoneale ospedaliera e domiciliare	Prov. n.41 del 12.01.2018 – Nota di trasmissione alla CUC Prot. n.4725 del 16.01.2018
Procedura di gara per l'affidamento ad unico Total Solution Provider di servizi e forniture necessarie per l'esecuzione di tutte le attività (esami e prestazioni) afferenti al Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale Regionale	Prov. n.57 del 17.01.2018 – Nota di trasmissione alla CUC Prot. n.8209 del 24.01.2018
Gara per la fornitura di materiale di cancelleria occorrente alle strutture dell'Asrem –avviso pubblico per l'acquisizione di manifestazione di interesse per l'individuazione degli operatori economici interessati (Prov. n.1051 del 09.10.2017)	Trasmissione alla CUC elenco delle ditte che hanno manifestato l'interesse alla gara e atti di gara – prot. n.9148 del 26.01.2018
Procedura di gara per l'affidamento del servizio di Cure Domiciliari (Prov.1304 del 23.11.2017)	Trasmissione alla CUC capitolato tecnico – email in data 09.02.2018
Procedura di gara per l'affidamento del servizio assistenziale integrativo per la tutela della salute mentale area territoriale di Campobasso	Prov. n.153 del 08.02.2018 – trasmissione alla CUC prot. n.14127 del 12.02.2018
Procedura di gara per l'affidamento in concessione del servizio di gestione della RSA di Colletorto	Prov. n.154 del 12.02.2018 – trasmissione alla CUC prot. n.14447 del 13.02.2018
Procedura di gara per l'affidamento della fornitura di medicazioni avanzate	Prov. n.229 del 03.03.2018 - trasmissione alla CUC prot.2008 del 06.03.2018
Procedura di gara per l'affidamento del servizio di ausiliario con annesso servizio OSS	Prov. n.192 del 28.02.2018 – trasmissione alla CUC prot. n.23827 del 06.03.2018
Procedura di gara per l'affidamento dei servizi inerenti la gestione del centro diurno per pazienti psichiatrici di Campobasso e Termoli	Prov. n.295 del 21.03.2018 – trasmissione alla CUC prot. n.26029 del 27.03.2018
Procedura di gara per l'affidamento della fornitura di prodotti farmaceutici, utilizzati in ambito ospedaliero e per la distribuzione diretta occorrenti all'ASREM	Prov. n.568 del 30.05.2018 – trasmissione alla CUC prot. n.45942 del 06.06.2018
Procedura aperta ai sensi dell'art.60 del D.Lgs n.50/2016 per la realizzazione di un sistema regionale omogeneo di gestione delle agende e delle prenotazioni sanitarie (Cup Unico Regionale Molise).	Prov. n.689 del 26.06.2018 – trasmissione alla CUC prot. n.51965 del 27.06.2018

2° semestre 2018

Procedura aperta ex art.60 del D.Lgs n.50/2016 per la fornitura di apparecchiature ecografiche per le varie strutture ASREM	Prov. n.834 del 04/08/2018 trasmissione alla CUC prot. n. 63415 del 07.08.2018
Procedura aperta per l'affidamento dei servizi assicurativi rischi vari per l'ASREM. Approvazione atti di gara e trasferimento alla Centrale Unica di Committenza Regionale	Prov. n.708 del 28/06/2018 trasmissione alla CUC prot. n. 68566 del 03.09.2018
Gara per l'affidamento in concessione del servizio di bar – posto di ristoro presso i P.P. O.O. di Termoli ed Agnone. Approvazione atti di gara e trasferimento alla Centrale Unica di Committenza Regionale	Prov. n.949 del 13/09/2018 trasmissione alla CUC prot. n.72342 del 18.09.2018
Gara per la fornitura di un sistema di monitoraggio per l'UOC di Anestesia e Rianimazione per la sala operatoria del P.O. di Termoli, approvazione atti di gara e trasferimento alla Centrale Unica di Committenza Regionale	Prov. n.1043 del 04.10.2018 trasmissione alla CUC prot. n.77695 del 05.10.2018

Gara per la fornitura di un “Sistema per la raccolta, preservazione ed archiviazione dei campioni biologici provenienti dalle Sale Operatorie destinati al Servizio di Anatomia Patologica mediante dispositivi sottovuoto con riempimento automatico del fissativo nei contenitori portacampioni, dispositivi per la gestione dei campioni intraoperatori, dispositivi per la decalcificazione e processazione”. Approvazione atti di gara e trasferimento alla Centrale Unica di Committenza Regionale.	Prov. n.1371 del 19-12-2018 trasmissione alla CUC prot. n.98048 del 21.12.2018
Gara per la fornitura, installazione, posa in opera e successiva assistenza tecnica di una gamma camera per la UOC Medicina Nucleare del P.O. di Termoli. Approvazione atti di gara e trasferimento alla Centrale Unica di Committenza Regionale.	. Prov. n.1077 dell'11/10/2018 trasmissione alla CUC prot. n.79573 del 12.10.2018
Procedura aperta ai sensi dell'art.60 del D.Lgs. n.50/2016 per l'affidamento del “Servizio di lavaggio, noleggio, disinfezione ed eventuale sterilizzazione della biancheria piana e confezionata, nonché noleggio di materassi antidecubito, fornitura di dispositivi in TTR sterile per le strutture ASREM”. Approvazione atti di gara e conseguenti determinazioni.	Prov. n.1274 del 06/12/2018 trasmissione alla CUC prot. n. 94743 del 10.12.2018
Provvedimento n.1408 del 19/12/2017 “Procedura d'appalto per l'attività diagnostica di mammografia per screening mammografico per l'ASREM. Trasmissione atti alla Centrale Unica di Committenza Regionale per l'espletamento della procedura di gara. “ Determinazioni .	Prov. n.1189 del 05/11/2018 trasmissione alla CUC prot. n.87343 del 12.11.2018

Si è, inoltre, provveduto nel corso dell'anno alla presa d'atto delle gare aggiudicate dalla stessa Centrale e all'attivazione delle procedure per la stipula dei relativi contratti da parte dell'ASREM delle sottoelencate procedure:

Procedura aperta ex art.60 del D.Lgs n.50/2016 per la Fornitura di sistemi diagnostici per l'esecuzione di indagini Immunoistochimiche e colorazioni speciali	Aggiudicata con determina dirigenziale Centrale Unica di Committenza Regionale n.3614 del 20/07/2018	DDG ASREM n.851 del 07/08/2018 – presa d'atto aggiudicazione
Procedura aperta per l'affidamento di servizi atti ad erogare “Interventi clinici di prevenzione e trattamento del disagio sui minori attraverso la promozione, il sostegno ed il recupero delle funzioni genitoriali.	Aggiudicata con determina dirigenziale Centrale Unica di Committenza Regionale n.3211 del 05/07/2018	DDG ASREM n.862 del 08/08/2018 – presa d'atto aggiudicazione
Procedura aperta ai sensi dell'art.60 del D.Lgs. n.50/2016 per l'affidamento ad un unico total solution provider di servizi e forniture accessorie per l'esecuzione di tutte le attività (esami e prestazioni) afferenti al Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale	Aggiudicata con determina dirigenziale Centrale Unica di Committenza Regionale n.4209 del 22/08/2018	DDG ASREM n.964 del 25/09/2018 – presa d'atto aggiudicazione
Gara per l'affidamento della fornitura di un sistema di digitalizzazione delle Unità Operativa di Diagnostica per Immagini dell'ASREM e relativi servizi connessi.	Aggiudicata con determina dirigenziale Centrale Unica di Committenza Regionale n. 5110 del 04/10/2018	Prov. DDG ASREM n.1384 del 20/12/2018 – Presa d'atto aggiudicazione
Gara per la fornitura del “Servizio di rigenerazione di toner e cartucce per stampanti”	Aggiudicata con determina dirigenziale Centrale Unica di Committenza Regionale n. 6014 del 13/11/2018	Prov. DDG ASREM n.1370 del 19/12/2018 –Presa d'atto aggiudicazione

Per i beni riferiti alle categorie merceologiche di cui al DPCM 24.12.2015, nel corso dell'anno sono state espletate anche 59 gare per farmaci e vaccini oggetto di privativa industriale, di importo superiore ad € 4.000,00 e anche oltre la soglia comunitaria, previa specifica autorizzazione di cui alla nota prot. n.0145126 del 23.12.2015 della Centrale Unica di Committenza Regionale.

Sono state, inoltre, espletate, come già sopra precisato, n.452 procedure negoziate facendo ricorso alle modalità d'acquisto tramite portale Me.Pa. per i beni presenti e disponibili all'interno del relativo catalogo e riferiti alle categorie merceologiche di interesse dell'Azienda e n.119 procedure negoziate tramite l'utilizzo della piattaforma in dotazione all'Azienda per gli acquisti aventi ad oggetto prodotti non disponibili nei cataloghi Me.Pa.

Tabella 1 – Adesione Convenzioni CONSIP

Integrazione dell'adesione alla convenzione Consip Spa denominata gestione integrale della sicurezza sui luoghi di lavoro	Prov. DG. N. 393 del 16.04.2018
Accordo quadro per la fornitura di pacemaker e dei servizi connessi	Prov. DG n.83 del 25.01.2018
Convenzione per pc desktop 15 e stampanti 15	Prov. DG n.84 DEL 25.01.2018
Convenzione multifunzione 27 – lotto 1	Prov. dirigenziale n.98 del 14.03.2018
Convenzione “multifunzione 28 lotto 2”, per il noleggio di n.17 fotocopiatrici per un periodo di 60 mesi	Prov. dirigenziale n.231 del 17-06.2018
Accordo quadro per la fornitura di “Stent coronarici”	Prov. DG n.421 del 18.04.2018
Convenzione denominata SPC2 per la manutenzione delle centrali telefoniche del servizio 118	Prov. DG n.394 del 16.04.2018
Convenzione denominata stampanti 15 lotto 6	Prov. DG n.374 del 27.09.2018
Convenzione denominata stampanti 15 lotto 1	Prov. DG n.363 del 24.09.2018
Accordo quadro “Suture chirurgiche tradizionali”	Prov. DG n. 1368 del 19.12.2018
Accordo quadro “farmaci biologici”	Prov. DG n. 1172 del 29.10.2018

Tabella 2 – confronto 2017 / 2018

Cod. Conto	Descrizione Conto	Anno 2017	Anno 2018
A070101030 1	Dispositivi da somministrazione, prelievo e raccolta (A)	2.727.961,3 7	2.594.434,0 3
A070101030 4	Dispositivi per apparato cardiocircolatorio (C)	2.451.346,4 6	2.423.709,1 7
A070101030 5	Disinfettanti e prodotti per sterilizzazione e dispositivi vari (D, S)	399.654,03	373.724,25
A070101030 8	Materiale radiografico (Z 13)	602.985,73	547.499,93
A070101031 0	Ausili per incontinenza (T04)	118.667,88	115.963,96
A070101031 1	Dispositivi protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi (P)	4.429.784,6 9	4.233.098,6 2
A070101031 2	Dispositivi vari (V) e altro materiale di consumo (Z11 e Z12)	2.089.691,8 5	2.040.636,7 5
A070101031 3	Dispositivi medici impiantabili attivi (I)	2.686.619,4 6	2.028.573,8 8

A070101031 4	Reagenti Diagnostici (W1)	9.858.033,8 8	9.748.883,1 9
A070101031 5	Altri dispositivi in vitro (W2, W5)	1.670.164,1 5	1.658.088,7 2
A070101050 3	Altri Vaccini	358.483,56	260.921,34
A070101060 1	Prodotti chimici	703.983,35	496.506,18
A070101070 1	Medicinali ad uso veterinario	14.364,53	11.196,26
A070102010 3	Combustibili, carburanti e lubrificanti	2.370.774,8 5	1.967.569,6 1
A070102010 5	Cancelleria e stampati	739.953,87	657.024,11
A070102010 6	Materiale per la manutenzione di immobili e loro pertinenze	55.637,54	53.088,31
A070102010 8	Materiale per la manutenzione di attrezzature tecnico scientifiche sanitarie	77.637,83	3.235,44
A070202010 1	Lavanderia	2.889.287,1 0	2.719.349,1 9
A070202010 3	Mensa - degenti	3.511.180,2 5	3.487.346,4 6
A070202010 4	Mensa - dipendenti	519.397,20	430.245,79

Gestione del rischio clinico e riduzione degli eventi avversi

Con l'Atto Aziendale la ASReM ha inteso attribuire alla Gestione del Rischio un ruolo decisivo nell'ambito del Governo Clinico, sia per la sicurezza dei cittadini, sia per la corretta erogazione di servizi sanitari di Qualità.

Con PDG n. 1278 del 22 Novembre 2017 è stata pertanto istituita la UOSVD Risk Management in ottemperanza a quanto previsto dagli adempimenti della Legge 24/17 al fine di agevolare una strategia di gestione sistemica ed organica di tutte le attività aziendali correlate.

La struttura opera a supporto delle altre strutture aziendali con lo scopo di promuovere tutte le iniziative volte alla riduzione degli errori correlati all'assistenza sanitaria, sia in ambito ospedaliero che in ambito territoriale. La gestione del rischio clinico comprende, pertanto, un insieme di iniziative volte a ridurre i "rischi" e quindi il verificarsi di danni o eventi avversi correlati con le prestazioni sanitarie.

Attraverso le politiche di risk management e i relativi piani annuali di implementazione, è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente/utente.

I risultati ottenuti nell'ambito delle attività di Gestione del Rischio nel 2018, nel rispetto degli obiettivi prioritari assegnati alla UOSVD Risk Management e coerentemente con i compiti e le funzioni di indirizzo regionali, hanno consentito il raggiungimento degli standard previsti in attuazione alla normativa ed agli obblighi da questa derivanti, nonché un ampio margine di recupero del gap di performance rispetto ad altre regioni.

Le attività di Risk Management risultano essere individuate in coerenza con quanto indicato nel PIANO REGIONALE DI RISK MANAGEMENT 2015-2018 (Decreto Commissariale n. 61 del 15-11-2016 recante: "Programma Operativo Straordinario 2015 – 2018. Adempimenti 14 "azione di governo clinico e riduzione del rischio clinico" – Intervento 14.1 "Azioni di governo clinico e riduzione del rischio clinico" – Azione 14.1.1. "Piano Regionale di Risk Management").

Si precisa altresì che, oltre alle attività organizzative di coordinamento, attuazione, supervisione e valutazione della gestione del rischio clinico collegate agli obiettivi previste dall'atto aziendale, nel corso dell'anno, sono state ulteriormente avviate, implementate e completate altre iniziative e linee di intervento, definite in base alla rischiosità emersa dall'analisi degli eventi

avversi o delle richieste risarcitorie, o ricomprese nell'ambito delle azioni di Clinical Governance realizzate dalla Direzione Strategica Aziendale.

Con l'Atto Aziendale, infatti, è stato ritenuto necessario prevedere e procedere ad una forte riorganizzazione dell'area organizzativa / gestionale di supporto al fine di ricondurre all'interno di una "governance" unica le numerose funzioni esercitate in altrettante strutture riconducibili all'area della direzione strategica.

L'Azienda attraverso il piano di organizzazione contenuto nell'Atto Aziendale esplicita infatti un modello strutturato di integrazione tra diverse funzioni: RSPP*, Area Tecnica, *Risk Manager*, Responsabile Rischio Infettivo, Comitato buon uso del sangue, Qualità, Formazione, Farmacia, Direzione Sanitaria/Direzione medica, Direzione delle professioni sanitarie e delle professioni tecnico-sanitarie.

Risultati 2018

Per quanto attiene ai FLUSSI MINISTERIALI OBBLIGATORI, la funzione aziendale di Risk Management e la UOSVD Coordinamento Medicina legale, hanno provveduto alla creazione/gestione del data base aziendale dei Sinistri in grado di integrarsi con i flussi informativi ministeriali obbligatori del SIMES (Sistema informativo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella e Sinistri), istituito con il DM 11 Dicembre 2009 e alla realizzazione di una mappatura del rischio dopo classificazione degli eventi avversi nonché all'attivazione ed alimentazione del SIMES /SINISTRI ed alla trasmissione dei dati relativi al contenzioso aziendale 2017 per danni da prestazioni sanitarie all'Agenas, previa validazione dei dati dal Gestore Regionale.

Inoltre, attraverso l'implementazione della "Procedura per la Segnalazione degli Eventi Avversi, degli Eventi Indesiderati (con o senza danno) e degli Eventi Sentinella*" (Prot. Regionale n. 42400 del 14/4/2016), è stato attivato ed alimentato il flusso SIMES relativo agli eventi sentinella verificatisi nelle strutture sanitarie aziendali, ed impostato e monitorato le conseguenti azioni di miglioramento.

In ottemperanza all'art. 2 e art. 3 della l. 8 marzo 2017, n. 24 sono state raccolti i dati aziendali sui rischi, gli eventi avversi e il contenzioso (cause, l'entità e la frequenza degli eventi avversi, oltre che all'onere finanziario del contenzioso), trasmettendoli entro la tempistica prevista all'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla Sicurezza nella Sanità.

Al fine di consentire la predisposizione dei riscontri per i tavoli ministeriali, previa progettazione, monitoraggio e implementazione di tutte le attività correlate agli adempimenti LEA, la UOD Risk management ha provveduto nel 2018 alla raccolta della documentazione necessaria per la compilazione del report di verifica degli adempimenti relativi all'anno 2017 ed alla redazione, inoltre e verifica della relativa reportistica.

In riferimento a quanto previsto dal POS 2015/18, con il Decreto Commissariale n. 61 del 15-11-2016 recante: *“Programma Operativo Straordinario 2015 – 2018. Adempimenti 14 “azione di governo clinico e riduzione del rischio clinico” – Intervento 14.1 “Azioni di governo clinico e riduzione del rischio clinico”*, al fine di consentire la predisposizione dei riscontri per il tavolo ministeriale, la UOSVD Risk Management ha provveduto (documentazione agli atti) alla realizzazione delle azioni previste dal cronoprogramma ed alla redazione, inoltre e verifica della relativa reportistica, necessaria per la verifica degli adempimenti relativi all'anno 2018.

In conformità al nuovo atto aziendale approvato con atto n. 301/2018, si è proceduto alla costituzione del Comitato Controllo Infezioni correlate all'Assistenza (CC – ICA PDG n. 1001 del 1.10.2018) quale organismo multidisciplinare propositivo e consultivo, afferente alla Direzione Sanitaria Aziendale, con funzioni di indirizzo tecnico-scientifico e coordinamento delle attività finalizzate alla prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza, promuovendo la collaborazione tra strutture e competenze direttamente coinvolte nella problematica, contribuendo al conseguimento degli obiettivi aziendali di qualità, efficacia ed efficienza delle prestazioni.

La UOSVD RISK MANAGEMENT ha assicurato nel 2018, la formazione del personale su tematiche di sicurezza del paziente in coerenza con i bisogni di formazione e le loro responsabilità in termini di sicurezza:

CORSI AZIENDALI INERENTI LA SICUREZZA DELLE CURE

ANNO 2018

TITOLO	CODICE	N. PART.	ORE	ECM	IND. GRAD.	IND. APPR.	EDIZIONI
Sicurezza e qualità nel percorso nascita...spec.	302	60	19	27.5	5	5	1
Sicurezza e qualità nel percorso nascita...integ.	301	60	19	27.5	5	5	1
Stress e Ben-Essere in sanità : la resilienza	354	30	5	6.8			1
L' emergenza in area ostetrica neonatale	307	30	7	10.0	5	5	1
Accessi vascolari , indicazioni, uso e management	318	30	5	6.6	5	5	2
Le basi org. X medici	309	40	26	29.8	4	4	5
BLS	320	18	8	11.7	5	5	9
DAE	321	18	4	5.8	5	5	9
BLS	330	18	8	11.7	5	5	1
DAE	331	18	4	5.8	5	5	1
PDTA	333	30	9	12.1	5	5	3
Schema terapeutico in oncologia...PROG. UMACA	334	34	4	5.1	4,8	4,8	1
Triage globale	350	25	16	20.8	5	5	1

In tema di GESTIONE DELLE RICHIESTE RISARCITORIE su danni da prestazioni sanitarie e DEI SINISTRI , inoltre, sono state realizzate le attività del Comitato aziendale di Valutazione dei Sinistri (CVS), garantendo analisi e discussione dei sinistri , valutazioni sull'opportunità di respingere, transare o mediare i danni, a seguito del riscontro di specifici aspetti relativi a fattori di rischio clinico od organizzativo, promozione di audit e produzione di documenti e procedure per il contenimento del rischio. Sono stati effettuati audit clinici ed organizzativi non solo come strumento reattivo (conseguente a richieste risarcitorie) ma anche come strumento proattivo per finalità organizzative e gestionali nell'ottica di un miglioramento globale dei percorsi assistenziali in tema di PDTA trauma, PDTA ictus, sicurezza punti nascita (morte correlata al parto e danni al neonato), infezioni ospedaliere, complicanze post-chirurgiche, attribuzione codice triage, trasporto inter-intraospedaliero, gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso, rispetto delle procedure per sicurezza in sala operatoria, cadute, percorsi di screening.

Al fine di uniformare le procedure di gestione del Massiccio afflusso feriti presso gli Ospedali aziendali le UOSVD Qualità e Governo Clinico e Risk Management hanno redatto il Piano di Emergenza Interna Massiccio Afflusso Feriti (PEIMAF) ASREM (DDG 887 del 22/8/2018).

Alla luce della necessità di perseguire gli obiettivi di Risk management derivanti dall'analisi della mappatura dei rischi aziendali, è stata redatta la Procedura Per Il Recepimento Della Raccomandazione Ministeriale N. 4 "Prevenzione Del Suicidio In Ospedale", adottato con provvedimento DG n. 1114 del 21/10/2018.

Le UOSVD Risk Management Qualità e Governo Clinico hanno provveduto alla predisposizione dell'insieme di Istruzioni E Raccomandazioni Clinico/Procedurali Ed Organizzative Intraospedaliere, Inter-Ospedaliere, Ospedale-Territorio, Territorio-Ospedale, Rivolte A Tutti Gli Operatori Asrem Coinvolti Nella Gestione Delle Patologie Cerebrovascolari Acute,

finalizzate alla implementazione di un percorso che garantisca una risposta assistenziale di sistema, e sulla attuazione delle linee guida internazionali che assicurino il miglior trattamento dell'ictus (DDG n. 68 del 24/1/2019).

Le UOSVD Risk Management Qualità e Governo Clinico alla predisposizione delle Istruzioni E Raccomandazioni Clinico/Procedurali Ed Organizzative Intraospedaliere, Inter-Ospedaliere, Ospedale-Territorio, Territorio-Ospedale, Rivolte A Tutti Gli Operatori Asrem Coinvolti Nella Gestione In Fase Acuta Del Trauma Maggiore Dell'adulto, finalizzate alla implementazione di un percorso che garantisca una risposta assistenziale di sistema, multidisciplinare, coordinata e di qualità, secondo il modello organizzativo del TRAUMA TEAM (DDG n. 71 del 24/1/2019).

Inoltre in accordo con AGENAS, Regione Molise e Cittadinanza Attiva, la ASREM ha partecipato al Progetto “Valutazione del grado di umanizzazione delle strutture ospedaliere” nelle strutture pubbliche regionali.

Individuando il Risk Manager quale componente dell'organismo regionale Consulta Civica, che rappresenta la cabina di regia istituzionale per progetti nazionali e regionali in tema di Umanizzazione delle Cure.

Conclusioni

Ai fini della valutazione degli obiettivi raggiunti rispetto agli adempimenti previsti, dato atto che le azioni necessarie ai fini del loro conseguimento prevedono una tempistica condizionata dal percorso di globale reingegnerizzazione dell'intera rete di offerta sanitaria, ospedaliera e territoriale ASReM conseguente all'approvazione dell'Atto Aziendale, la cui strutturazione, programmazione operativa e attuazione doveva essere assegnata a figure organizzative ben identificate e supportate non tutte individuate, sono comunque state coordinate nell'ambito di un programma unitario e gestite con la disponibilità di una rete organizzativa che, sebbene ancora non completa e matura, ha garantito la loro implementazione e il monitoraggio dei risultati.

Il Responsabile della Gestione Sanitaria Accentrata

Dott. Michele Colitti

documento firmato digitalmente Art.

24 D. Lgs. 82/2005