

Regione Molise

Programmi Operativi 2011- 2012

Indice

PREMESSA	1
TENDENZIALI 2011 E 2012	8
SINTESI MANOVRE	12
PROGRAMMA OPERATIVO 1: <i>GOVERNANCE</i>	13
INTERVENTO 1.1: POTENZIAMENTO DELLA STRUTTURA AMMINISTRATIVA E GESTIONALE INTERNA	13
Azione 1.1.1: Riorganizzazione dell'assetto amministrativo di ASReM	13
Azione 1.1.2: Istituzione del nucleo di Coordinamento e Controllo del Piano Operativo	14
Azione 1.1.3: Verifica degli adempimenti LEA	17
Azione 1.1.4: Attività propedeutiche all'elaborazione del Piano regionale della prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare	17
Azione 1.1.5: Implementazione corretti procedimenti contabili e gestionali	19
Azione 1.1.6: Potenziamento dei flussi informativi gestionali e contabili	20
Azione 1.1.7: Governo dei flussi istituzionali	22
Azione 1.1.8: Potenziamento del sistema dei controlli di appropriatezza delle prestazioni	24
PROGRAMMA OPERATIVO 2: RETE OSPEDALIERA	27
INTERVENTO 2.1: RIASSETTO DELLA RETE OSPEDALIERA	27
Azione 2.1.1: Razionalizzazione degli ospedali di Agnone, Larino e Venafrò	27
Azione 2.1.2: Identificazione macro linee di intervento sulle strutture ospedaliere pubbliche e private coerentemente con le analisi del SiVeAS	29
VALORIZZAZIONE PROGRAMMA OPERATIVO 2: RETE OSPEDALIERA	35
INTERVENTO 2.1: RIASSETTO DELLA RETE OSPEDALIERA	35
Azione 2.1.1: Razionalizzazione degli ospedali di Agnone, Larino e Venafrò	35
IPOTESI PER LA VALORIZZAZIONE E RISULTATI PER SINGOLO PRESIDIO	37
PROGRAMMA OPERATIVO 3: RIQUALIFICAZIONE ASSISTENZA TERRITORIALE	44
INTERVENTO 3.1: SVILUPPO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA	44
Azione 3.1.1: Attivazione dei presidi territoriali di assistenza	44
Azione 3.1.2: Sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata	47
Azione 3.1.3: Sviluppo dell'assistenza oncologica domiciliare	51
Azione 3.1.4: Accordi con MMG, PLS, medici specialisti del territorio e i medici del 118 per attività in PTA	51
INTERVENTO 3.2: AGGIORNAMENTO TARIFFE	52
Azione 3.2.1: Aggiornamento tariffe	52
PROGRAMMA OPERATIVO 4: RAZIONALIZZAZIONE GESTIONE DEL PERSONALE	54
INTERVENTO 4.1: CONTENIMENTO DELLA SPESA PER IL PERSONALE	54

Azione 4.1.1: Attuazione del blocco del <i>turn over</i> e delle misure di contenimento del costo del personale	54
Azione 4.1.2: Contenimento della spesa per il personale a tempo determinato	57
Azione 4.1.3: Analisi della corretta definizione dei livelli retributivi	57
Azione 4.1.4: Riduzione dei fondi della contrattazione integrativa	59
Azione 4.1.5: Contenimento della spesa per prestazioni aggiuntive	60
Azione 4.1.6: Interventi derivanti dalla normativa finanziaria	61
Azione 4.1.7: Ridefinizione delle strutture organizzative e Programmazione delle Risorse Umane	63
Azione 4.1.8: Regolamento per la mobilità del personale	65
Azione 4.1.9: Verifica sull'esercizio di mansioni non corrispondenti alle qualifiche di appartenenza ed eventuale riallocazione	66
Azione 4.1.10: Gestione del servizio mensa e/o dell'esercizio del diritto alla mensa con modalità sostitutiva (buoni pasto)	66
Azione 4.1.11: Formazione del personale	67
Azione 4.1.12: Valutazione delle <i>performance</i> del personale e azioni di adeguamento al D.Lgs 150/200968	
Azione 4.1.13: Corretto utilizzo di Internet	69

VALORIZZAZIONE PROGRAMMA OPERATIVO 4: RAZIONALIZZAZIONE GESTIONE DEL PERSONALE 71

INTERVENTO 4.1: CONTENIMENTO DELLA SPESA PER IL PERSONALE 71

Azione 4.1.1: Attuazione del blocco del <i>turn over</i> e delle misure di contenimento del costo del personale	71
Azione 4.1.2: Contenimento della spesa per il personale a tempo determinato	73
Azione 4.1.5: Contenimento della spesa per prestazioni aggiuntive	73
Azione 4.1.6: Interventi derivanti dalla normativa finanziaria	74

PROGRAMMA OPERATIVO 5: RAZIONALIZZAZIONE E CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA 75

INTERVENTO 5.1: RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA/TERRITORIALE 76

Azione 5.1.1: Sviluppo di un sistema informativo locale e di un sistema di <i>reporting</i> per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	76
Azione 5.1.2: Attribuzione di un <i>budget</i> annuale ai Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta	78
Azione 5.1.3: Formazione dei MMG/PLS	79
Azione 5.1.4: Incentivo alla prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto	80
Azione 5.1.5: Individuazione dei centri prescrittori dei farmaci A e H (già OSP2) e dei centri prescrittori dei farmaci del PHT con piano terapeutico	81
Azione 5.1.6: Acquisizione diretta ossigeno medicinale	82

INTERVENTO 5.2: RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA 83

Azione 5.2.1: Rafforzamento utilizzo farmaci a brevetto scaduto e farmaci biosimilari	83
Azione 5.2.2: Implementazione e ridefinizione del processo riguardante la gestione dei farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA e dei farmaci per i quali sussistono accordi di extra-sconto	84
Azione 5.2.3: Razionalizzazione del processo di approvvigionamento e della catena logistica del farmaco	85

INTERVENTO 5.3: RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE 87

Azione 5.3.1: Implementazione dell'attività di informazione scientifica dipendente ed indipendente sul farmaco	87
--	----

VALORIZZAZIONE PROGRAMMA OPERATIVO 5: RAZIONALIZZAZIONE E CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA 89

INTERVENTO 5.1: RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA/TERRITORIALE	89
Azione 5.1.1: Sviluppo di un sistema informativo locale e di un sistema di <i>reporting</i> per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	89
Azione 5.1.4: Incentivo alla prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto	90
Azione 5.1.6: Acquisizione diretta ossigeno medicinale	91

INTERVENTO 5.2: RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	92
Azione 5.2.3: Razionalizzazione del processo di approvvigionamento e della catena logistica del farmaco	92

PROGRAMMA OPERATIVO 6: INTERVENTI DI SISTEMA 94

INTERVENTO 6.1: ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE	94
Azione 6.1.1: Rilascio dell'accreditamento istituzionale alle strutture provvisoriamente accreditate	94

INTERVENTO 6.2: ATTUAZIONE DISPOSIZIONI DI CUI AL DM 11 DICEMBRE 2009	96
Azione 6.2.1: Verifica delle esenzioni con la collaborazione dei Medici prescrittori	96

INTERVENTO 6.3: RAZIONALIZZAZIONE DEL PARCO APPARECCHIATURE BIOMEDICALI	97
Azione 6.3.1: Ricognizione della dotazione regionale di apparecchiature biomedicali	98
Azione 6.3.2: Revisione ed eventuale dismissione dei contratti di <i>leasing</i> o di noleggio e smaltimento della apparecchiature vetuste	99

INTERVENTO 6.4: COMPARTECIPAZIONI	100
Azione 6.4.1: Compartecipazioni per attivazione <i>Day Service</i>	100

INTERVENTO 6.5: ACCANTONAMENTO RISCHI GENERICO	102
Azione 6.5.1: Accantonamento Rischi Generico	102

VALORIZZAZIONE PROGRAMMA OPERATIVO 6: INTERVENTI DI SISTEMA 104

INTERVENTO 6.4: COMPARTECIPAZIONI	104
Azione 6.4.1: Compartecipazioni per attivazione <i>Day Service</i>	104

PROGRAMMA OPERATIVO 7: RAZIONALIZZAZIONE DEGLI ACQUISTI DI BENI E SERVIZI 105

INTERVENTO 7.1: RAZIONALIZZAZIONE DEGLI ACQUISTI DI BENI E SERVIZI	105
Azione 7.1.1: Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi	105

VALORIZZAZIONE PROGRAMMA OPERATIVO 7: RAZIONALIZZAZIONE DEGLI ACQUISTI DI BENI E SERVIZI 112

INTERVENTO 7.1: RAZIONALIZZAZIONE DEGLI ACQUISTI DI BENI E SERVIZI	112
Azione 7.1.1: Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi	112

PROGRAMMA OPERATIVO 8: FORNITURA PRESTAZIONI DA PRIVG FARINELLAATI ACCREDITATI 114

INTERVENTO 8.1: STIPULA DEI CONTRATTI CON GLI EROGATORI PRIVATI	114
Azione 8.1.1: Determinazione dei piani di attività delle strutture private per gli anni 2011 e 2012 e relativi accordi contrattuali	114
Azione 8.1.2: Accordi di confine	115

VALORIZZAZIONE PROGRAMMA OPERATIVO 8: FORNITURA PRESTAZIONI DA PRIVATI ACCREDITATI 117

INTERVENTO 8.1: STIPULA DEI CONTRATTI CON GLI EROGATORI PRIVATI 117
Azione 8.1.1: Determinazione dei piani di attività delle strutture private per gli anni 2011 e 2012 e relativi accordi contrattuali 117

PROGRAMMA OPERATIVO 9: PROTOCOLLI DI INTESA CON LE UNIVERSITÀ DEGLI STUDI 118

INTERVENTO 9.1: PROTOCOLLO D'INTESA CON L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE 118
Azione 9.1.1: Protocollo d'intesa tra Regione Molise, Università degli Studi del Molise e ASReM 118

ALLEGATO A: DEFINIZIONE DEL BACINO DI UTENZA DEGLI OSPEDALI PUBBLICI MOLISANI E DOTAZIONE DI APPARECCHIATURE BIOMEDICHE 120

ALLEGATO B: SINTESI DEGLI INTERVENTI POSTI IN ESSERE NEL CORSO DELL'ANNO 2010 PER LA RAZIONALIZZAZIONE E IL CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA 126

Premessa

Con la legge 311/2004 (legge finanziaria 2005) è stata prevista la possibilità, per le Regioni che presentavano situazioni di squilibrio economico-finanziario e di mancato mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di elaborare un Programma Operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale da sottoscrivere, con apposito Accordo, con il Ministero dell'Economia e delle Finanze e con il Ministero della Salute. Con l'Accordo si individuano gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei LEA, e gli adempimenti previsti dalla successiva intesa fra Governo e Regioni, stipulata il 23 marzo 2005.

Il presente documento contiene i Programmi Operativi per il biennio 2011-2012, in prosieguo del Piano di rientro 2007-2009 e del Programma Operativo per l'anno 2010.

Piani di Rientro e Nomina del Commissario ad Acta

La Regione Molise ha sottoscritto nel 2007 l'Accordo sul Piano di rientro con il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze per il triennio 2007 – 2009 ai sensi della legge n. 296/2006 (finanziaria per il 2007) che ha disciplinato i Piani di rientro per le Regioni che presentano situazioni di squilibrio economico-finanziario.

In questi anni il sistema regionale ha subito numerosi interventi nell'ambito dell'attuazione del Piano di Rientro, ma gli effetti sul piano della qualità e della quantità dei servizi erogati e sul risultato finanziario atteso non sono risultati in linea con quelli programmati. I 18 obiettivi del Piano di rientro 2007-2009, infatti, sono stati solo parzialmente raggiunti. In particolare non sono state adottate sufficienti iniziative per il contenimento della spesa per personale, beni e servizi, per il riassetto della rete ospedaliera, per lo sviluppo di regimi di assistenza alternativi al ricovero ordinario e per il potenziamento del sistema delle cure domiciliari. Tra le evidenze emerge, inoltre, la riduzione diffusa di prestazioni sanitarie da parte del sistema pubblico e il contemporaneo incremento delle prestazioni erogate dai provider privati.

Il mancato rispetto da parte della Regione Molise degli adempimenti previsti nel Piano di Rientro, a seguito del procedimento di diffida avviato sulla base delle risultanze del Tavolo di verifica annuale 2008, ha comportato la nomina del Presidente della Regione Molise a Commissario ad Acta, con delibera del Consiglio dei Ministri datata 28 luglio 2009 per la realizzazione di mirati e specifici interventi, previsti nei 19 punti della citata delibera e finalizzati a dare completa attuazione al Piano di Rientro.

Con Delibera del Consiglio dei Ministri del 9 ottobre 2009 è stato nominato un Sub Commissario con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella puntuale attuazione del Piano di Rientro.

In sede di verifica del 10 dicembre 2009, Tavolo e Comitato hanno richiesto alla Regione Molise, in applicazione dell'art. 13, comma 14, del Patto per la Salute 2010-2012, di presentare Programmi Operativi per l'anno 2010 coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad Acta.

Piano Operativo 2010

I Programmi Operativi per il 2010 sono stati adottati con decreto n. 17 del 10 maggio 2010 e successivamente modificati ed integrati con decreti n. 49/2010 e 71/2010.

Gli obiettivi esplicitati Programma operativo 2010 sono in continuità con il Piano di rientro 2007-2009, benché integrati dalla necessità di apportare modifiche strutturali al Sistema Sanitario Regionale, anche alla luce di quanto stabilito nel Patto per la Salute del 3 dicembre 2009 e della Finanziaria per il 2010, che lo ha recepito, nei seguenti settori strategici:

- riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera;
- assistenza farmaceutica;
- governo del personale;
- qualificazione dell'assistenza specialistica;
- meccanismi di regolazione del mercato e del rapporto pubblico-privato;
- accordi sulla mobilità interregionale;
- assistenza territoriale e post-acuta;
- potenziamento dei procedimenti amministrativo-contabili, ivi compreso il progetto Tessera Sanitaria;
- rilancio delle attività di prevenzione.

La stima di impatto economico effettuata per parte degli obiettivi del Programma operativo 2010, ancorché indicativa degli effetti prevedibili, in termini di sostenibilità oggettiva ha risentito della carenza, ad oggi, di alcuni dati indispensabili per una sua più puntuale definizione. È da sottolineare che, comunque, l'affidabilità dei bilanci e dei CE trimestrali e consuntivi ha registrato in questi anni di Piano di Rientro una progressione significativa, tanto da rendere i risultati economici a livello CE 999 sufficientemente affidabili. Tale risultato è stato ottenuto anche attraverso interventi extracontabili e puntuali verifiche effettuate a livello regionale.

Con riferimento, in particolare, all'obiettivo di equilibrio economico-finanziario del SSR e alla copertura del disavanzo cumulato al 31 dicembre 2009, Tavolo e Comitato, nel corso della riunione del 24 marzo 2010, hanno valutato il disavanzo cumulato al 31 dicembre 2009 pari a 69,019 €/mln, prendendo atto della comunicazione del Presidente della Regione di avvalersi dei fondi per le aree sottoutilizzate (FAS), ai sensi dell'art. 2, c. 90 della Legge 191/2010.

A seguito della mancata intesa, espressa dal Consiglio dei Ministri nella seduta del 13 maggio 2010, in ordine all'utilizzo dei FAS a scopo di copertura del disavanzo sanitario delle Regioni impegnate nei Piani di Rientro, ai sensi dell'art. 1, c. 796, lett. b), sesto periodo della Legge 296/2006 e dell'art. 2, cc. 86, 88 e 91 della Legge 191/2009, i Ministeri hanno reputato "consolidate le condizioni per l'entrata per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente, vale a dire l'ulteriore incremento delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF per l'anno d'imposta in corso, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30 punti" e opportuna, da parte della Regione, la previsione di una "manovra aggiuntiva al fine di pervenire ad una copertura definitiva del disavanzo 2009 di circa 58,2 mln di euro".

Il verbale della seduta congiunta del 19 maggio 2010 del Tavolo di verifica degli adempimenti e del Comitato per la verifica dei LEA ha evidenziato la grave situazione finanziaria della Regione determinata dai ritardi nell'attuazione del Piano di rientro e della mancata adozione dei Programmi Operativi 2010 e della Rete ospedaliera coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, realizzandosi così i presupposti disciplinati dall'art. 2 comma 84 della legge 191/2009.

Sulla base del verbale in data 18 giugno 2010 il Consiglio dei Ministri ha diffidato il Presidente della Regione Molise-Commissario *ad Acta* per l'attuazione del Piano di rientro ad adottare entro 15 giorni gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi previsti dal Piano.

A seguito della trasmissione dei Programmi operativi, il Consiglio dei Ministri, in data 4 agosto 2010, nel prenderne atto, invita i competenti Tavoli di verifica degli adempimenti ed il Comitato Lea a verificarne l'adequatezza in tempo congruo, ai fini del procedimento di cui all'art. 2 comma 84 della legge 191/2009. I Programmi operativi, al fine di garantire il raggiungimento dell'equilibrio finanziario per l'anno 2010 e la correzione strutturale del disavanzo dovevano essere in particolare accompagnati dai seguenti atti tempestivamente adottati:

- Accordi sottoscritti con gli erogatori privati negli importi coerenti con il predetto equilibrio per l'anno 2010 ovvero le lettere di diffida a sottoscrivere i medesimi accordi, pena la sospensione dell'accreditamento;
- Adozione di idoneo atto di ritiro della DGR 638/2008 relativa ad un accordo con gli erogatori privati per il rimborso di farmaci e degli oneri contrattuali per gli anni dal 2006 al 2010;
- Adozione delle norme riguardanti l'abolizione delle disposizioni di deroga al blocco del turn-over per gli anni 2010-2012 conseguentemente a quanto previsto dalla legge 191/2009 (finanziaria 2010);
- Sospensione degli atti amministrativi in atto riguardanti le procedure per la stabilizzazione del personale;
- Riorganizzazione della rete ospedaliera in coerenza con le esigenze di correzione strutturale della spesa.

La Regione Molise ha prodotto i documenti richiesti, che non sono stati considerati sufficienti permanendo pertanto i presupposti per l'applicazione della procedura di cui all'art. 2 comma 84 della legge 191/2009, come confermato nella riunione ultima

del 29 ottobre 2010, nel quale il Presidente della Regione in qualità di Commissario ad Acta ha dichiarato di avere comunque adottato gli atti ad integrazione del Programma operativo 2010 così come richiesto dalla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 agosto 2010.

I principali interventi della struttura commissariale

Ad oggi la struttura Commissariale ha adottato una serie di atti che, seppur non valutati positivamente in sede di parificazione da parte di Tavolo e Comitato, comunque perseguono l'obiettivo di ristrutturare il Sistema Sanitario Regionale.

Tra questi, uno dei primi e più importanti è il DCA 3/2010 che istituisce il Sistema regionale di controllo e monitoraggio dell'attività ospedaliera e fornisce le linee guida per l'organizzazione dei controlli delle prestazioni in regime di ricovero e di specialistica ambulatoriale: i controlli di appropriatezza rappresentano, infatti, una componente essenziale della gestione del sistema di finanziamento a prestazione e possono garantire equità e razionalità nella distribuzione delle risorse del SSR. Già dagli esiti dei primi controlli è stato possibile individuare fenomeni distortivi, prestazioni inappropriate e tariffazioni incongrue: questo, oltre a consentire l'avvio dell'iter sanzionatorio, ha fornito la base per i principali atti di riforma strutturale del SSR, ovvero il Piano di ristrutturazione della rete ospedaliera e il Programma Operativo per il 2010.

Con il DCA 19/2010 e s.m.i. la Regione ha definito il riassetto della rete ospedaliera secondo un'analisi del fabbisogno e la verifica di appropriatezza delle prestazioni (ai sensi del punto 2 della delibera di commissariamento), percorso già avviato con la DGR 362/2007 e con la LR 34/2008 in attuazione del Piano di rientro, nonché con il DCA 6/2009 di istituzione del Day Service e introduzione degli APAC e dei PACd. Il DCA 19/2010 ha previsto che la nuova dotazione dei posti letto delle strutture pubbliche e private sia progressivamente ricondotta al valore di pp.ll. 3,3‰ abitanti per acuti (aumentato di pp.ll. 0,2‰ abitanti attribuibile agli anziani over 75) e di pp.ll. 0,7‰ abitanti per riabilitazione e lungodegenza, con una dotazione totale a regime pari a 1.370 posti letto e, dunque, una riduzione complessiva di 300 posti letto da realizzarsi entro il 31 dicembre 2010. Da un punto di vista strutturale ciò doveva comportare la riduzione dei presidi da 6 a 3 e la riconversione in RSA delle strutture di Agnone e Venafrò. Interventi della magistratura amministrativa non hanno, fin ora, consentito di proseguire nel suddetto percorso.

Con DCA 44/2010, peraltro, la Regione ha approvato l'Atto aziendale ASReM che recepisce le linee guida regionali di cui al DCA 26/2010 e il DCA 19 citato e comprende la riduzione a 7 del numero dei distretti territoriali nonché il ridimensionamento delle unità operative semplici e complesse.

Numerosi sono i decreti già emanati in attuazione delle disposizioni del DCA 17/2010 (Programma operativo 2010, che comunque i Ministeri Affiancanti avevano valutato non essere in grado di assicurare il raggiungimento dell'equilibrio finanziario) in materia di personale, contenimento della spesa farmaceutica (il Molise è la terza Regione più virtuosa per la farmaceutica territoriale), stipula del protocollo d'intesa con la facoltà di medicina dell'Università del Molise, adozione del Piano dei

laboratori, pubblicazione del nuovo tariffario basato sulla TUC 2009, miglioramento delle procedure contabili e recupero di risorse a scopo di copertura dei disavanzi (tramite la vendita di immobili nella disponibilità del patrimonio della Regione stessa e dell'ASReM).

Si ricorda, infine, che la Regione Molise:

- per l'anno 2010 ha sottoscritto gli accordi contrattuali con tutte le strutture private provvisoriamente accreditate, comprese quelle a diretta gestione regionale, l'IRCCS Neuromed e il Centro di ricerche e formazione ad alta tecnologia nelle Scienze biomediche dell'Università Cattolica (UCSC);
- ha sottoscritto un accordo di confine con la Regione Campania ai sensi dell'art. 6 del Patto della salute 2010-2012;
- ha sottoscritto una convenzione per l'affiancamento da parte dell'AIFA, con evidenti ripercussioni positive sulle manovre di assistenza farmaceutica, che ha riscontrato il parere positivo di Tavolo e Comitato nella riunione di verifica del 20 luglio 2011;
- ha ottenuto la validazione, dai Ministeri, del documento programmatico ai fini dell'accordo ex art. 79 Legge 133/2008.

Ciononostante in sede di verifica del 20 luglio 2011, il Tavolo ha riscontrato che:

- il risultato di gestione a Consuntivo 2010 evidenzia, dopo le coperture, un disavanzo non coperto di 85,923 mln di euro. Tale disavanzo è al netto delle componenti di rischio sul personale e sugli erogatori privati accreditati che stanno emergendo e sui quali la regione sta effettuando le relative valutazioni. Ai fini della determinazione della manovra aggiuntiva per l'anno 2011, prendendo atto della disponibilità dei 55 mln di euro sul bilancio regionale, la manovra viene rideterminata in 30,923 mln di euro;
- il disavanzo non coperto per l'anno 2011 è stimato essere ricompreso nell'intervallo 17,3-54,3 mln di euro. Tali valutazioni prescindono dalla manovra aggiuntiva richiesta per l'anno 2010 e dagli ulteriori rischi sul versante del personale e degli erogatori privati accreditati in corso di valutazione. Chiedono alla gestione Commissariale di adottare tempestivamente tutte le iniziative, ivi compresa l'introduzione di forme di compartecipazione prevista dal mandato commissariale, al fine di riportare la gestione dell'anno 2011 in equilibrio.
- il Programma operativo 2011-2012 non risulta pervenuto e sono stati adottati una serie di provvedimenti che risultano in contrasto con l'obiettivo del risanamento del Servizio sanitario regionale;
- si confermano le criticità già rappresentate nella riunione del 6 aprile 2011 in ordine alla riorganizzazione della rete ospedaliera;
- la verifica adempimenti 2009 e precedenti conferma le inadempienze e la verifica adempimenti 2010 è in corso di istruttoria.

In tale contesto, Il Subcommissario ha preannunciato che il Presidente/Commissario della regione richiederà alle sedi politiche competenti, in funzione delle recente nomina dello stesso Subcommissario, di concedere un ulteriore termine al fine di consentire l'invio di nuova documentazione (Programmi Operativi 2011-2012)

Piani Operativi 2011 2012

Con l'obiettivo strategico di attuare la riforma strutturale del Servizio Sanitario Regionale, evitando ripercussioni negative sui livelli di assistenza nella fase di transizione e con una maggiore efficienza nella garanzia dei LEA, sono stati predisposti i Programmi Operativi 2011 e 2012, così come previsto nella legge finanziaria n. 191/2009 all'art. 1 comma 88 che così cita: "per le Regioni già sottoposte ai Piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano ferme l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del Piano di rientro, secondo Programmi Operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *Ad Acta*, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale". Al fine di affiancare la struttura commissariale nella completa attuazione degli interventi previsti dal Piano di Rientro e nell'adozione del Programma Operativo 2011 2012 è stato nominato un ulteriore Sub Commissario con delibera del Consiglio dei Ministri del 31 maggio 2011.

Nei Programmi Operativi 2011 e 2012 sono state dettagliatamente indicate le azioni e le scadenze degli adempimenti previsti al fine di garantire la riforma strutturale del sistema, alla luce anche delle puntuali osservazioni dei Tavoli tecnici contenute nei pareri ai provvedimenti, ovvero:

- un livello molto modesto delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche regionali accompagnato da un elevato rischio di inappropriately;
- un eccesso di p.l. per acuti in regime di DH/DS che raggiunge il 17% (si ritiene che non debba superare il 10%). Va rilevato in proposito che una percentuale del 10% non consente di assicurare almeno il 20% di ricoveri a ciclo diurno rispetto al totale, come previsto nell'intesa del 23 marzo 2005 (Rep. atti n°2271), considerato che si opera per circa 250/300 gg all'anno, escludendo festivi e in alcuni casi il sabato. Di conseguenza appare congrua una percentuale almeno del 12/13 %. L'aumento, inoltre, delle procedure e prestazioni dei 65 DRG che debbono essere trasferite dal regime di ricovero ordinario a quello diurno (allegato B del Patto della Salute del 3 dicembre 2009) contribuisce all'aumento delle percentuali in oggetto;
- la mancata chiusura e/o riconversione di strutture ospedaliere, nonostante l'accorpamento amministrativo dei 6 stabilimenti preesistenti in 3;
- l'assenza di un quadro sinottico dei risultati dell'attività di accorpamento delle discipline omologhe di più presidi e di una nuova articolazione delle strutture organizzative in conseguenza alla ristrutturazione della rete;
- la mancanza di un quadro economico dei risultati attesi a regime della riorganizzazione, considerando oltre alle economie assicurate dai tagli e dagli accorpamenti, anche i costi aggiuntivi legati al potenziamento di alcuni settori;
- la necessità di attuare modifiche ed integrazioni all' "Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs n. 502 del 1992 e succ. mod. Ed integrazioni art. 17-comma 2lett.c). Deliberazione di Giunta Regionale n. 173 del 27/02/2007 " - art. 21-comma 2." con cui la Regione regola i rapporti con i Medici di Medicina Generale;
- la necessità di attuare modifiche, in materia di riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale, al Decreto n. 11/2011 concernente le residenze sanitarie assistenziali della Regione Molise;

- la necessità di attuare modifiche ed integrazioni in merito allo schema legislativo sull'adozione delle tariffe per le prestazioni sanitarie;
- la necessità di risolvere le criticità in materia di sanità veterinaria e sicurezza degli alimenti, che comportano evidenti rischi per la salute pubblica.

I Programmi operativi rappresentano la base per la stesura del Piano sanitario della Regione Molise che rappresenta la cornice complessiva all'interno della quale collocare le azioni previste e le conseguenti ripercussioni sui modelli organizzativi di aree tematiche che non sono state trattate in modo completo ed esaustivo nel programma.

A tale proposito si ricorda che il Piano sanitario 2008-2010, primo obiettivo del Piano di rientro 2007-2009, non è stato approvato con parere n. 286 del 17/09/2008, in quanto non coerente con il Piano di rientro emanato.

Alla luce di tali considerazioni e soprattutto della recente predisposizione dello Schema del PSN 2011-2013, appare urgente la formulazione, entro il 31 dicembre 2011, del Piano sanitario regionale, da adottarsi per il perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei LEA, che preveda l'indicazione sia delle misure di riequilibrio dell'erogazione degli stessi sia le misure per l'azzeramento definitivo del disavanzo, creando le condizioni per evitare che nel futuro si ripresenti la grave situazione attuale.

Il Piano si dovrà integrare anche con le aree del sociale ed del socio-sanitario, sempre trattate disgiuntamente nella Regione Molise con gravi ripercussioni sulla corretta imputazione dei costi.

Il Piano socio-sanitario avrà valenza triennale 2012-2014 e dovrà contenere una puntuale definizione del fabbisogno di prestazioni sanitarie e sociosanitarie, la cui valutazione rappresenta un punto cardine per migliorare l'efficienza della Programmazione sanitaria e sociale regionale, in grado di soddisfare i bisogni della popolazione e ridurre l'inappropriatezza.

A tale riguardo la Regione Molise ha avviato un percorso teso alla definizione complessiva del fabbisogno compatibile con le risorse disponibili, nell'ottica del potenziamento delle prestazioni per patologie croniche e della concentrazione delle competenze finalizzata alla specializzazione per disciplina, e allo sviluppo della rete di offerta extra-ospedaliera, con particolare riferimento all'ADI ed alle RSA. Anticipazioni sul calcolo del fabbisogno nei presenti Programmi Operativi 2011-2012.

Per la predisposizione del Piano Sanitario regionale è prevista l'istituzione di una Commissione regionale ad hoc, da individuarsi, nella composizione, con Decreto del Commissario ad Acta.

Tendenziali 2011 e 2012

ID	CONTO ECONOMICO	Consuntivo 2008	Consuntivo 2009	Consuntivo 2010	Tendenziale 2011	Tendenziale 2012
A1	Contributi F.S.R.	542.405	554.166	558.136	566.247	581.778
A2	Saldo Mobilità	20.355	19.641	27.836	30.924	30.924
A3	Entrate Proprie	9.499	14.140	14.630	14.655	14.680
A4	Saldo Intramoenia	398	900	664	664	664
A	Totale Ricavi Netti	572.657	588.846	601.266	612.490	628.046
B1.1	Personale Sanitario	174.867	177.394	185.052	185.052	185.052
B1.2	Personale Non Sanitario	35.093	34.931	31.412	31.412	31.412
B1	Personale	209.960	212.325	216.464	216.464	216.464
B2	Prodotti Farmaceutici, Emoderivati E Dietetici	30.520	34.216	37.038	40.802	44.948
B3.1	Altri Beni Sanitari	36.555	41.034	43.187	46.941	51.022
B3.2	Beni Non Sanitari	6.191	5.769	5.075	5.164	5.254
B3.3	Servizi	69.260	70.469	65.988	69.673	73.624
B3	Altri Beni E Servizi	112.006	117.273	114.250	121.778	129.901
B4	Ammortamenti E Costi Capitalizzati	4.508	4.155	4.316	4.316	4.316
B5	Accantonamenti	19.298	13.908	10.954	11.030	11.036
B6	Variazione Rimanenze	- 503	- 1.194	- 6.374	- 6.374	- 6.374
B	Totale Costi Interni	375.789	380.683	376.648	388.016	400.291
C1	Medicina Di Base	46.385	49.301	49.996	50.285	50.285
C2	Farmaceutica Convenzionata	64.967	64.210	59.895	60.943	62.010
C3.1	Prestazioni Da Privato-Ospedaliera	72.607	70.168	78.301	78.126	78.126
C3.2	Prestazioni Da Privato-Ambulatoriale	26.204	30.034	33.860	32.362	32.362
C3.3	Prestazioni Da Privato-Riabilitazione Extra Ospedaliera	17.626	16.725	15.085	15.000	15.000
C3.4	Altre Prestazioni Da Privato	23.429	24.555	27.880	28.114	28.354
C3	Prestazioni Da Privato	139.866	141.481	155.126	153.603	153.843
C	Totale Costi Esterni	251.218	254.992	265.017	264.831	266.137
D	Totale Costi Operativi (B+C)	627.007	635.676	641.665	652.847	666.428
E	Margine Operativo (A-D)	- 54.350	- 46.829	- 40.399	- 40.357	- 38.382
F1	Svalutazione Crediti, Rivalutazioni E Svalutazioni Finanziarie	29	30	43	43	43
F2	Saldo Gestione Finanziaria	1.115	1.763	4.433	2.374	2.374
F3	Oneri Fiscali	17.518	17.187	16.599	16.599	16.599
F4	Saldo Gestione Straordinaria	6.828	- 4.874	2.844	- 10.000	0
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	25.490	14.106	23.919	9.016	19.016
G	Totale Costi (D+F)	652.497	649.782	665.584	661.863	685.444
H	Risultato Economico da CE (A-G)	- 79.840	- 60.935	- 64.318	- 49.373	- 57.398
I	Risultato Economico per Tavolo di Monitoraggio	- 82.527	- 80.284	- 64.695	- 49.330	- 57.355

Tabella 1 – Tendenziale 2011 e 2012

Si ricorda che tale schema sintetico gestionale è costruito sulla base dei Conti Economici NSIS Consuntivi degli anni 2006 – 2010, e rappresenta i risultati d'esercizio in base agli ultimi dati ufficiali a sistema.

Si riporta di seguito il dettaglio per le principali voci di CE.

RICAVI

- **Contributi FSR:** (Contributi in conto esercizio da Regione e Province Autonome per la quota di Fondo Sanitario Regionale indistinto e vincolato) - Per l'anno 2011 sono stati considerati i valori delle disponibilità finanziarie (555 €/mln) riportati nella proposta di riparto del FSN della Conferenza delle Regioni del 26 luglio 2011. Il valore tendenziale della quota corrente dell'anno 2012 è stato calcolato applicando la crescita del FSN prevista nel Patto per la Salute 2010-2012 (2,8%) ai Contributi 2011. I contributi vincolati sia per il 2011 sia per il 2012 sono stati posti uguali al 2010 (11 €/mln).
- **Saldo di Mobilità:** Il saldo di mobilità in compensazione extraregionale sia per il 2011 sia per il 2012 è stato posto uguale all'ultimo noto ovvero al valore del 2009 come riportato nella proposta di riparto del FSN della Conferenza delle Regioni del 26 luglio 2011.
- **Entrate Proprie:** sono state poste uguali al 2010, il *payback* per il 2011 e per il 2012 è stato calcolato applicando la proporzione tra valore 2010 e valore della farmaceutica convenzionata 2010 al valore tendenziale rispettivamente 2011 e 2012 della farmaceutica convenzionata.
- **Saldo intramoenia:** i valori tendenziali per gli anni 2011 e 2012 sono stati posti uguali a quelli registrati nel 2010.

COSTI

Costi interni:

- **Personale:** il valore tendenziale per gli anni 2011 e 2012 del costo per il personale dipendente, comprensivo degli oneri riflessi è stato posto pari a quello registrato nel 2010 (ipotesi di fuoriuscite nette pari a 0).
- **IRAP:** il valore tendenziale per gli anni 2011 e 2012 del costo per l'IRAP è stato posto pari a quello registrato nel 2010.
- **Prodotti farmaceutici e altri Beni e Servizi:** il valore tendenziale per gli anni 2011 e 2012 è stato calcolato applicando il CAGR 2008-2010 rispettivamente ai dati 2010 e ai dati 2011 per singolo conto di CE NSIS. Per le componenti di Consulenze, come sopra riportato per il Personale, si è scelto di non adottare il CAGR ma di porre il loro valore per entrambe gli anni pari al 2010, mentre per gli aggregati "beni non sanitari" e "utenze", entrambi caratterizzati, anche a seguito di riclassifiche, da crescite negative nel periodo 2008-2010, per la determinazione dei valori tendenziali 2011 e 2012 si è deciso di applicare il tasso di inflazione programmata (1,75%) rispettivamente ai valori 2010 e ai valori 2011.
- **Accantonamenti:** il valore tendenziale degli accantonamenti è stato determinato nei modi seguenti.
 - **Accantonamenti per rinnovi contrattuali:** non è stato effettuato alcun accantonamento per rinnovo contrattuale. La c.d. vacanza contrattuale è stata considerata nei costi di competenza del personale.
 - **Accantonamenti rischi:** i valori 2011 e 2012 sono stati posti uguali all'uno per cento del totale costi operativi 2010.
 - **Accantonamenti Sumai:** i valori 2011 e 2012 sono stati calcolati applicando il valore medio 2008-2010 della percentuale TFR ai valori tendenziali rispettivamente del 2011 e 2012.
 - **Altri Accantonamenti:** i valori 2011 e 2012 sono stati posti pari al 50% dei contributi vincolati dell'anno (ipotesi di effettuazione parziale dei progetti obiettivo in corso di anno).

- **.Ammortamenti e Sterilizzazioni:** i valori tendenziali 2011 e 2012 sono stati posti uguali al 2010.

Costi Esterni

- **Medicina di base:** il valore tendenziale degli anni 2011 e 2012 del costo per il personale convenzionato è stato posto uguale al valore riportato nel 2010 incrementato degli accantonamenti per vacanza contrattuale.
- **Farmaceutica convenzionata:** il valore tendenziale degli anni 2011 e 2012 del costo della farmaceutica territoriale, al netto del *payback*, è stato calcolato applicando il tasso di inflazione programmata (1,75%) rispettivamente ai dati 2010 e 2011.
- **Prestazioni da privato:** il costo tendenziale per l'acquisto di prestazioni sanitarie da privato è stato determinato nei modi seguenti.
 - **Per l'assistenza Ospedaliera** i valori 2011 e 2012 sono stati posti pari al tetto 2010 per i residenti e ai valori erogati nel 2010 per le prestazioni in mobilità attiva.
 - **Per l'assistenza Specialistica Ambulatoriale** i valori 2011 e 2012 sono stati posti pari al tetto 2010 per i residenti e ai valori erogati nel 2010 per le prestazioni in mobilità attiva.
 - **Per le prestazioni da Sumaisti** il valore tendenziale degli anni 2011 e 2012 è stato posto uguale al valore riportato nel 2010.
 - **Per l'assistenza Riabilitativa ex art.26** i valori 2011 e 2012 sono stati posti pari al tetto 2010.
 - **Per l'assistenza Integrativa e Protesica** i valori 2011 e 2012 sono stati calcolati applicando il Tasso di Inflazione Programmato rispettivamente ai valori 2010 e ai valori 2011.
 - **Per le "Altre prestazioni da privato":**
 - i valori 2011 e 2012 delle prestazioni soggette a tetto (assistenza psicoriabilitativa, assistenza termale, assistenza in RSA e RA) sono stati posti pari al 2010;
 - i valori 2011 e 2012 delle prestazioni non soggette a tetto sono stati calcolati applicando la crescita 2008-2009 rispettivamente ai dati 2010 e 2011.

Costi di secondo livello

- **Gestione finanziaria:** i valori tendenziali per gli anni 2011 e 2012 sono stati posti pari alla media 2008-2009.
- **Oneri straordinari:** il valore tendenziale 2011 e 2012 del saldo relativo alle componenti straordinarie di reddito è stato posto pari a zero, l'eventualità del verificarsi di eventi straordinari è già ricompresa tra gli accantonamenti per rischi. In tale aggregato, per il solo 2011, sono tuttavia stati ricompresi 10 milioni di Euro relativi a progetti obiettivo 2008-2010 i cui costi sono stati sostenuti dalla ASREM sia nel corso del 2011 sia negli esercizi precedenti. È in corso di quantificazione da parte della ASREM l'ammontare da iscrivere a contributo corrente per i costi sostenuti nel 2011 e l'ammontare da iscrivere a sopravvenienze per i costi sostenuti negli esercizi precedenti.

Considerando quanto esposto, il risultato economico tendenziale risulta pari a -49,3 milioni di Euro nel 2011, e -57,4 milioni di Euro nel 2012.

A fronte dei predetti risultati economici tendenziali sono previste manovre per 26,5 milioni di Euro nel 2011 e per 39,4 milioni di Euro nel 2012, tali per cui i risultati programmatici 2011 e 2012 sono rispettivamente pari a -22,8 milioni di Euro nel 2011 e a -18 milioni di Euro nel 2012.

Le risorse finanziarie disponibili a copertura del disavanzo sia per il 2011 sia per il 2010 sono ad oggi previste pari a circa 23 milioni di Euro derivanti dall'incremento entro i limiti delle addizionali regionali IRAP e IRPEF.

Per il 2011 il presente Programma Operativo prevede un equilibrio finanziario corrente, mentre per il 2012 è previsto un avanzo finanziario corrente di 4,9 milioni di Euro e quindi un disavanzo cumulato (comprensivo del disavanzo non coperto al 31 dicembre 2010) di 26 milioni di Euro. Per tale importo, è in fase di definizione una relativa copertura di intesa con i Ministeri Affiancanti.

Nota di chiusura

I presenti programmi operativi riguardano il biennio 2011/2012 sebbene questo documento venga definitivamente rivisto e perfezionato nel mese di settembre 2011 anche al fine di tenere conto delle osservazioni di cui al Tavolo di Verifica del 20 Luglio 2011, si farà comunque riferimento al biennio atteso poiché gran parte delle azioni hanno trovato avvio già nel primo semestre 2011.

Sintesi Manovre

Schema sintetico Manovre Programma Operativo 2011 - 2012	2011	2012
RISULTATO ECONOMICO TENDENZIALE [a]	(49,3)	(57,4)
MANOVRA COMPLESSIVA [b]	26,5	39,4
Rete ospedaliera	3,9	8,1
Razionalizzazione gestione del personale	12,4	19,7
Razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica	1,2	4,4
Interventi di sistema	5,1	0,7
Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi	3,9	6,4
RISULTATO ECONOMICO PROGRAMMATICO [c=a+b]	(22,8)	(18,0)
<i>Gettito da aumento delle aliquote Irap e add. Irpef sui livelli massimi [d]</i>	22,9	22,9
COPERTURE CORRENTI [f=d+e]	22,9	22,9
AVANZO(+) / DISAVANZO(-) Finanziario Corrente [g=c+f]	0,0	4,9
PERDITA ANNI PRECEDENTE NON COPERTA [h]	(30,9)	(30,9)
AVANZO(+) / DISAVANZO(-) CUMULATO [i=g+h]	(30,9)	(26,0)

Tabella 2 – Sintesi Programmi Operativi 2011-2012

Programma Operativo 1: *Governance*

Governance: valorizzazione manovre (€/mIn)		
	2011	2012
Governance	-	-
Potenziamento della struttura amministrativa e gestionale interna	-	-
<i>Riorganizzazione dell'assetto amministrativo di ASReM</i>	-	-
<i>Istituzione del nucleo di Coordinamento e Controllo del Piano Operativo</i>	-	-
<i>Verifica degli adempimenti LEA</i>	-	-
<i>Attività propedeutiche all'elaborazione del Piano regionale della prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare</i>	-	-
<i>Implementazione corretti procedimenti contabili e gestionali</i>	-	-
<i>Potenziamento dei flussi informativi gestionali e contabili</i>	-	-
<i>Governo dei flussi istituzionali</i>	-	-
<i>Potenziamento del sistema dei controlli di appropriatezza delle prestazioni</i>	-	-

Tabella 3 – Sintesi manovre

Intervento 1.1: **Potenziamento della struttura amministrativa e gestionale interna**

Azione 1.1.1: *Riorganizzazione dell'assetto amministrativo di ASReM*

La Regione Molise è impegnata, nel biennio 2011-2012, attraverso i presenti Programmi Operativi, in una ristrutturazione radicale del Sistema Sanitario Regionale, atta ad assicurare il miglioramento dei servizi offerti e l'eliminazione degli sprechi.

Requisito essenziale per la realizzazione del percorso di risanamento è la riorganizzazione della sua struttura amministrativa, che risente ancora oggi degli effetti derivanti dalla precedente organizzazione in quattro ASL. L'obiettivo della riorganizzazione è quello di rendere la struttura amministrativa più efficiente di agevolare l'interfacciamento con la Regione, attuando la "*reductio ad unum*" delle attività.

Sarà necessario adottare un nuovo atto aziendale che deve garantire il nuovo assetto organizzativo contenuto nel presente Programma Operativo. Tale atto deve essere fondato sui principi dell'efficacia e dell'efficienza gestionale, nonché sui criteri di razionalizzazione delle procedure per l'approvvigionamento di beni e servizi.

Risultati Programmati

A livello ASReM

- Emanazione del nuovo Atto Aziendale entro il 31 ottobre 2011, in cui sono definite le responsabilità per ciascuna area e i contenuti adeguati alle osservazioni ministeriali.

Indicatori di risultato

A livello ASReM:

- Avvenuta adozione del nuovo Atto Aziendale e identificazione dei responsabili per ciascuna delle aree sopra citate al 31 ottobre 2011.

Azione 1.1.2: Istituzione del nucleo di Coordinamento e Controllo del Piano Operativo

Nel corso delle riunioni di verifica congiunte del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, Tavolo e Comitato hanno rilevato *un ritardo dell'azione commissariale nel conseguire i cambiamenti strutturali necessari per la razionalizzazione del SSR*, nonché, con riferimento alla precedente versione del Programma Operativo vengono palesati *dubbi sulle concrete possibilità di attuazione degli obiettivi prefissati senza tappe intermedie misurabili e monitoraggio in progress*¹.

La Regione al fine di potenziare le capacità di *governance* e di tempestività di intervento, si impegna ad istituire, entro il 30 settembre 2011, il Nucleo di Coordinamento e Controllo del Piano Operativo (CCP) con funzioni principali di coordinamento e verifica dell'implementazione dei Programmi Operativi e che, pertanto, si aggiunge e non si sostituisce, alle altre eventuali funzioni di controllo già in capo ad altre strutture.

Il ruolo del Nucleo di Coordinamento e Controllo del Piano Operativo, in quanto elemento di potenziamento della struttura amministrativa interna, è quello di:

- interfacciarsi con la direzione strategica aziendale ed i responsabili regionali ed aziendali degli interventi previsti dai presenti Programmi Operativi per assicurare la trasmissione delle informazioni, della documentazione e della modulistica atta a certificare l'adempimento delle azioni previste, garantendo il rispetto delle tempistiche stabilite;
- interfacciarsi con la Struttura Commissariale per comunicare lo stato avanzamento lavori degli interventi previsti e l'eventuale inadempimento nella trasmissione delle informazioni richieste in corrispondenza di ogni scadenza prevista nei presenti Programmi Operativi;
- supportare la Regione nella pianificazione di interventi atti ad assicurare a livello operativo:
 - la verifica della coerenza tra i dati condivisi e la realtà (per tale obiettivo saranno di volta in volta predisposti dei piani di *audit ad hoc* coerenti con l'obiettivo dell'ispezione)
 - il controllo di particolari aspetti di interesse per la Regione per cui, indipendentemente dai dati disponibili si riterrà necessario procedere con delle ispezioni
- supportare la pianificazione degli interventi e delle manovre correttive da attivare a fronte del rilevamento di mancati adempimenti o disallineamenti rispetto agli obiettivi prestabiliti.

Indipendentemente dall'attivazione del Nucleo di Coordinamento e Controllo del Piano Operativo è necessario che ciascuna delle strutture del SSR istituzionalmente competente prosegua nei controlli di propria competenza.

Per una chiara attribuzione di responsabilità tra Regione e ASReM, i risultati programmati e i relativi indicatori sono stati declinati tra i due soggetti.

Per gli interventi previsti nei presenti Programmi Operativi per i quali è coinvolta la Regione, sarà quindi necessario individuare i referenti regionali a cui viene direttamente attribuita la responsabilità della realizzazione degli interventi previsti. Mentre i risultati programmati a livello di ASReM sono in carico al Direttore Generale e costituiscono obiettivi per quest'ultimo.

¹ Riunione congiunta del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza del 6 Aprile 2011

Affinché il CCP possa esercitare la sua funzione di Coordinamento e Controllo, il Direttore Generale dovrà rapportarsi ai responsabili di ASReM per le aree:

- **Economico Finanziaria**, che, sulla base delle risultanze contabili disponibili, fornirà:
 - Conto Economico trimestrale
 - Evidenza della progressione del raggiungimento degli obiettivi, per natura di costo con cadenza trimestrale da allegare al CE
 - Invio dei rispettivi modelli aziendali almeno 15 giorni prima della scadenza della trasmissione dei Modelli ministeriali (CE, LA, SP, CP-999), ai fini del consolidamento e della trasmissione da parte del competente Servizio regionale
 - Budget, con struttura CE, al 31 dicembre dell'anno successivo
- **Risorse umane**, che fornirà evidenza :
 - Della stima dei fabbisogni di personale per Unità Operativa in coerenza con la normativa regionale di autorizzazione ed accreditamento e conseguente identificazione di situazioni critiche o di eccesso di personale rispetto al fabbisogno
 - Della stima delle cessazioni del personale per Unità Operativa
 - Dei piani di mobilità del personale tra strutture e tra unità operative interne alla medesima struttura che dovranno tener conto e fornire evidenza sia della stima dei fabbisogni, che delle dotazioni di Unità Operative in esubero
 - Delle procedure razionali per le nuove assunzioni per risolvere eventuali ed identificate (sulla base della stima dei fabbisogni di cui sopra) situazioni di criticità da verificare anche nel passato sulla base di analisi a campione
- **Tecnico- patrimoniale**, che, sulla base dell'ottimizzazione della gestione della strumentazione e delle infrastrutture, fornirà evidenza delle azioni intraprese.
- **Approvvigionamento e logistica**, che dovrà fornire evidenza:
 - Dello stato dei contratti in essere e delle caratteristiche degli stessi (durata, costi, presenza di minimi contrattuali) con particolare riferimento a: lavanderia, pulizia, mensa, elaborazione dati, guardiana, riscaldamento, utenze e manutenzioni (sia ordinarie che straordinarie)
 - Delle economie ottenute nella rinegoziazione dei contratti
 - Delle misure di contenimento della spesa per Beni e Servizi incluse nei presenti Programmi Operativi
- **Sistemi Informativi**, che dovrà fornire evidenza di aver intrapreso le azioni contenute nei presenti Programmi Operativi con particolare riferimento al governo dei flussi ministeriali.
- **Farmaceutica**, che dovrà fornire evidenza degli interventi contenuti nei presenti Programmi Operativi.

Inoltre dovrà essere individuato un responsabile dell'area Sanitaria (es. Dir. Sanitario aziendale), che, sulla base degli interventi contenuti nei presenti Programmi Operativi, fornirà evidenza al nucleo delle azioni intraprese e dei risultati programmati.

Il Nucleo di Coordinamento e Controllo del Piano Operativo per adempiere ai suoi compiti di monitoraggio utilizzerà "tabelle sinottiche" di risultati/responsabilità per singolo intervento, che il Direttore Generale di ASReM dovrà obbligatoriamente compilare. Gli eventuali *overlap*, con riferimento ai domini di responsabilità dei risultati programmati e agli interventi contenuti nei presenti Programmi Operativi, devono essere gestiti in sinergia tra le funzioni aziendali e/o tra ASReM e la Regione. Di contro, eventuali azioni per le quali non è possibile individuare una figura responsabile devono essere gestiti a livello Regionale e ASReM assicurando la completezza nella realizzazione degli interventi previsti.

La Regione, quindi, tramite il nucleo di Coordinamento e Controllo dei Programmi Operativi, monitora mensilmente a livello istituzionale che tutte le azioni intraprese dagli attori del Sistema Sanitario Regionale siano in linea dal punto di vista sanitario, economico

e in termini di rispetto delle tempistiche con quanto previsto dai Programmi Operativi stessi. A tal fine la Regione, istituisce un momento di valutazione annuale, finalizzato alla valutazione dei risultati conseguiti, per l'anno precedente, dai principali attori coinvolti nell'attuazione dei Programmi Operativi con specifico riferimento agli indicatori di risultato previsti nei presenti Programmi Operativi ed eventuali integrazioni.

Fermo restando il coinvolgimento istituzionale dei referenti individuati per l'attuazione dei Programmi Operativi, la mancata attuazione degli interventi necessari al conseguimento dei risultati programmati costituirà inadempimento ai fini della valutazione del Direttore Generale aziendale, quale soggetto responsabile della realizzazione degli interventi in capo ASReM, e in caso di grave violazione del rapporto fiduciario tra la Regione Molise e il Direttore Generale aziendale, la decadenza della nomina, nei modi e nelle forme di legge.

L'istituzione del Nucleo di Coordinamento e Controllo del Piano Operativo e le eventuali strutture di cui lo stesso intenderà avvalersi non comporteranno oneri aggiuntivi a carico della Regione.

Risultati Programmati

A livello Regionale:

- Identificazione dei dirigenti regionali entro il 10 settembre 2011.
- Redazione di un cronoprogramma delle attività di propria competenza da parte di ciascun dirigente da presentare alla Struttura Commissariale entro il 30 settembre 2011 con il supporto dell'*advisor*.
- Redazione di un *report* mensile di aggiornamento sullo stato di avanzamento dei lavori da presentare alla Struttura Commissariale identificando le principali aree di criticità rilevate, ed eventualmente ove necessario le possibili azioni correttive.

A livello ASReM:

- Identificazione dei referenti aziendali ASReM entro il 10 settembre 2011.
- Redazione di un cronoprogramma delle attività di propria competenza da parte di ciascun referente da presentare alla Struttura Commissariale entro il 30 settembre 2011 con il supporto dell'*advisor*.
- Redazione di un *report* mensile di aggiornamento sullo stato di avanzamento dei lavori da presentare alla Struttura Commissariale identificando le principali aree di criticità rilevate, ed eventualmente ove necessario le possibili azioni correttive.

Indicatori di risultato

A livello Regionale e ASReM:

- Individuazione dei referenti aziendali e regionali entro il 10 settembre 2011.
- Presentazione alla Struttura Commissariale e al Nucleo di Coordinamento e Controllo del Piano Operativo dei cronoprogrammi delle linee di attività dei Programmi Operativi da parte dei dirigenti responsabili entro e non oltre il 30 settembre 2011.
- Avvenuta produzione di un *report* mensile sullo stato di avanzamento dei lavori e sintesi per la Struttura Commissariale delle principali aree di criticità rilevate nel raggiungimento degli obiettivi previsti dal Programma Operativo a partire dal 31 ottobre 2011.
- Raggiungimento degli obiettivi di manovra per il 2011 e per il 2012.

Azione 1.1.3: Verifica degli adempimenti LEA

L'accesso all'incremento delle risorse finanziarie, a carico del bilancio dello Stato, è condizionato alla verifica degli adempimenti regionali definiti dall'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005, dal Patto per la Salute 2007-2009 e modificati o integrati da successivi accordi Stato-Regione o dall'entrata in vigore di successive norme.

Considerata la rilevanza dei fondi, al fine di garantire liquidità al SSR, la Struttura Commissariale supportata dal Nucleo di Coordinamento e Controllo del Piano Operativo ritiene prioritario adottare i meccanismi che garantiscano il superamento degli adempimenti LEA alle scadenze prefissate.

È sottinteso l'intento della Regione di raggiungere per gli anni 2010-2011-2012 il pieno superamento degli adempimenti LEA.

Le inadempienze rilevate dai Ministeri competenti per gli anni 2007 2008 e 2009 sono riportate nel verbale della "riunione congiunta del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei LEA", svolta il 20 luglio 2011.

In questo scenario si conferma il ruolo di *governance* assegnato al Nucleo di Coordinamento e Controllo del Piano Operativo che avrà il compito di assicurare:

- il monitoraggio sistematico dell'avanzamento delle attività propedeutiche al superamento degli adempimenti da parte della Regione e di ASReM;
- la trasmissione da parte dei responsabili aziendali dei dati necessari per la verifica di tutti gli adempimenti riportati;
- il supporto alla Regione per la pianificazione di ispezioni ed interventi atti a verificare la coerenza tra i dati inviati e la situazione reale.

Risultati Programmati

A livello Regionale:

- Emanazione del decreto commissariale che istituisce il Piano Regionale Integrato dei controlli ufficiali 2011 – 2013 entro il 31 Ottobre 2011.
- Aggiornamento degli adempimenti LEA a regime entro il 31 dicembre 2012.

Indicatori di risultato

A livello Regionale:

- Livello graduale di assicurazione degli adempimenti LEA.

Azione 1.1.4: Attività propedeutiche all'elaborazione del Piano regionale della prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare

Nel presente Piano operativo, si intende dare soluzione ad alcune criticità dell'attuale organizzazione che sono state evidenziate nell'ambito della verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza nel campo della Sanità Veterinaria e della Sicurezza Alimentare, ed oggetto di una corrispondenza tra il Dipartimento della Qualità e il Dipartimento della Sanità Pubblica veterinaria, la Sicurezza alimentare e la Nutrizione del

Ministero della Salute e della Regione, a partire dal mese di ottobre 2010, nonché delle osservazioni emerse nel corso della riunione di verifica annuale del 20 luglio 2011, in cui Tavolo e Comitato hanno evidenziato criticità in materia di sanità veterinaria e sicurezza degli alimenti, che comportano evidenti rischi per la salute pubblica. Le competenti strutture della direzione regionale opereranno d'intesa con la Direzione dell'ASReM per completare nell'arco di tempo del piano operativo 2011–2012 la riorganizzazione prevista e rendere più efficace ed efficiente l'erogazione dei LEA della macro-area della prevenzione sul territorio, rimuovendo le criticità operative che tuttora esistono, attraverso:

- l'efficientamento e la qualificazione dei servizi;
- la ridefinizione di ruoli e procedure dei diversi livelli dell'autorità di controllo (Regione e ASReM);
- una migliore e più efficiente gestione dei dati e la loro elaborazione;
- l'ottimizzare dell'uso delle risorse, sia umane che finanziarie.

Sul piano pratico, a supporto di questo percorso vanno considerati una serie di provvedimenti regionali che hanno già individuato parte delle misure e degli obiettivi contenuti nel presente Piano, che si elencano di seguito:

- l'Accordo di Programma stipulato dalla Regione con l'Istituto Zooprofilattico sperimentale dell'Abruzzo e del Molise (IZS A&M) con l'obiettivo di potenziarne la capacità operativa sul territorio regionale e rendere più efficiente l'integrazione Regione–Servizi territoriali–Istituto (DGR n. 1413/2006);
- l'incarico affidato all'IZS A&M, nell'ambito del sopra citato accordo di Programma, di mettere a punto un sistema informativo integrato per la Sicurezza alimentare, che consenta un efficace raccolta dei dati, una loro elaborazione ai fini dell'analisi del rischio, una migliore implementazione dei flussi informativi;
- l'incarico affidato sempre all'IZS A&M, nell'ambito del sopra citato accordo di Programma, di realizzare il passaggio dell'anagrafe canina regionale, già informatizzata, su internet, per implementarne l'operatività, estenderne l'uso ad altri soggetti oltre ai Servizi ASReM (amministrazioni pubbliche e ambulatori veterinari convenzionati), facilitare il collegamento all'anagrafe del Ministero della Salute;
- l'adozione del Piano pluriennale integrato dei Controlli Ufficiali sugli alimenti in applicazione dei regolamenti europei del "Pacchetto Igiene" con la Delibera n.1303/2009;
- il piano di formazione approvato con DGR n. 552/2010, destinato tanto al personale ASReM che regionale;
- il Piano regionale della Prevenzione approvato con DGR n. 1101/2010;
- il Piano integrato della Sanità animale, approvato con DGR n. 15/2011, con l'obiettivo di uniformare procedure e modalità di intervento dei Servizi territoriali in questo campo e migliorare l'implementazione dei flussi informativi, con l'obiettivo, tra l'altro, di evitare le criticità evidenziate nella gestione di questi flussi verso il livello ministeriale;
- le nuove Procedure regionali per la gestione del sistema di allerta, approvate con DGR n. 17/2011.

Risultati programmati

A livello Regionale:

- Nuovo Piano di controllo dei residui dei prodotti fitosanitari.
- Avvio dell'attività di auditing presso i Servizi territoriali.

A livello ASReM:

- Attivazione del dipartimento unico della Prevenzione.
- Attivazione, a livello distrettuale, degli sportelli della prevenzione per l'erogazione delle attività e delle prestazioni (sia comprese nei LEA sia a carico dell'utenza), da garantire a cittadini, imprese, amministrazioni.
- Implementazione della banca dati del sistema informativo integrato della sicurezza alimentare.
- Aggiornamento dei dati delle aziende presenti nella Banca Dati Nazionale zootecnica (BDN).
- Georeferenziazione di tutte le aziende e unità d'impresa presenti nel Sistema informativo integrato della sicurezza alimentare e nella BDN.
- Completamento del progetto formativo approvato con DGR n. 552/2010.

A livello Regionale ed ASReM:

- Attuazione del Piano regionale della Prevenzione.
- Attivazione della nuova anagrafe canina regionale operante su internet.

Indicatori di risultato

A livello Regionale:

- Adozione con Delibera di Giunta del nuovo Piano di controllo dei residui dei prodotti fitosanitari, entro il 31 dicembre 2011.
- Definizione delle procedure di audit regionale da adottare con Delibera di Giunta e svolgimento di almeno 5 audit presso i Servizi territoriali nell'anno solare 2011 entro il 31 dicembre 2011.
- Certificazione degli obiettivi del Piano regionale della Prevenzione da parte del Ministero della Salute.
- Attivazione della nuova anagrafe canina regionale operante su internet entro il 31 maggio 2012.

A livello ASReM:

- Emanazione dell'atto di istituzione da parte del Direttore generale ASReM entro il 31 dicembre 2011.
- Attivazione, al minimo presso le sedi di Campobasso, Isernia, Termoli, degli sportelli della prevenzione, opportunamente attrezzati di terminali informatici, linee internet, personale amministrativo, entro il 31 marzo 2012.
- Completamento dell'inserimento nel Sistema informativo integrato della sicurezza alimentare dei dati delle unità di impresa soggette a controllo entro il 31 dicembre 2011.
- Aggiornamento dei dati delle aziende presenti nella Banca Dati Nazionale zootecnica (BDN) entro il 31 dicembre 2011.
- Georeferenziazione di tutte le aziende e unità d'impresa presenti nel Sistema informativo integrato della sicurezza alimentare e nella BDN entro il 31 marzo 2012.
- Partecipazione al progetto formativo approvato con DGR n. 552/2010 di almeno l'80% del personale regionale e dei SIAN e dei Servizi veterinari ASReM, come individuato nella stessa Delibera (Medici, Veterinari, Personale tecnico, ispettivo e amministrativo) entro il 31 dicembre 2011.

Azione 1.1.5: Implementazione corretti procedimenti contabili e gestionali

La Regione Molise intende intraprendere un processo di revisione delle funzioni contabili, al fine di assicurare la correttezza dei bilanci e la trasparenza dei processi di monitoraggio dei costi.

Dopo aver individuato le attività fondamentali è necessario provvedere all'analisi dello stato di alcuni processi amministrativo – contabili e gestionali attraverso la conduzione di interviste in loco ai referenti/responsabili dei cicli interessati dalle rilevazioni predisponendo per ognuno dei cicli analizzati, modelli standard di riferimento.

In seguito dovranno poi essere implementate le nuove procedure amministrativo-contabili. Nello svolgimento delle azioni sopra descritte si farà particolare riferimento alle procedure amministrativo contabili relative a:

- ciclo passivo, tenendo in considerazione la procedura di raccordo del piano dei conti della contabilità analitica con il piano dei centri di costo e facendo riferimento alle:
 - procedure di acquisto di beni e servizi (gestione ordini, magazzino, fornitori, ecc.);
 - procedure di investimento e relativi finanziamenti;
- predisposizione del bilancio e dei modelli CE/SP. L'obiettivo è individuare le corrette procedure per la produzione dei CE trimestrali e dei bilanci, e le procedure relative alle riconciliazioni periodiche quali:
 - riconciliazioni con le situazioni del tesoriere;
 - riconciliazioni delle situazioni debitorie con lo stato dei pignoramenti.

Al fine di verificare l'avvenuta corrispondenza delle procedure amministrativo-contabili aziendali, saranno svolte visite in loco da parte del personale regionale supportato dall'Advisor e coordinato dal CCP volte a testare le specifiche procedure.

Risultati programmati

A livello Regionale e ASReM:

- Definizione di note tecniche/linee guida per la risoluzione delle problematiche comuni.
- Formalizzazione delle nuove procedure amministrativo-contabili.

Indicatori di risultato

A livello Regionale e ASReM:

- Applicazione delle note tecniche/linee guida emanate per la risoluzione delle problematiche comuni.

A livello Regionale:

- Emanazione di un apposito Decreto commissariale che recepisca i modelli standard individuati.

A livello ASReM:

- N° test superati / N° test totali nell'ambito delle visite in loco svolte per testare le procedure amministrativo-contabili

Azione 1.1.6: Potenziamento dei flussi informativi gestionali e contabili

L'analisi delle criticità riscontrate nell'attuazione del Piano di Rientro e l'implementazione delle azioni previste dal Programma Operativo 2011-2012 impongono alla Regione la necessità di un deciso miglioramento delle capacità di monitoraggio, controllo ed indirizzo del SSR nel suo complesso e a livello ASReM, attraverso una migliore gestione dei processi finalizzati alla disponibilità tempestiva di dati economici, gestionali e produttivi generati a livello locale.

Con la presente azione, la Regione intende avviare un piano d'azione per intervenire sui modelli organizzativi e gestionali aziendali che porti al disegno e alla realizzazione di nuovi processi per l'ottenimento di flussi informativi stabili, strutturati e continuativi, in grado di assicurare la raccolta sistematica e continuativa di tutti i dati ASReM necessari per il governo della spesa, il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza e la verifica sull'avanzamento delle azioni previste per il rientro dal disavanzo regionale e l'attuazione della riforma del SSR. D'altra parte, nella prospettiva di avviare il percorso per addivenire alla certificazione del bilancio, è necessario disporre sia di dati economici e di produzione sanitaria corretti e tempestivi, sia di un sistema di controllo di gestione e di contabilità analitica adeguato ed affidabile.

A tal fine la Regione ha già avviato l'iter per la sottoscrizione dell'Accordo di Programma per l'accesso ai finanziamenti ex art. 20 L. 67/88, in linea con quanto previsto per le Regioni in Piano di Rientro all'art. 79, comma 1 sexies c) L. 133/2008 con l'obiettivo di sviluppare, nell'arco di un triennio dalla data di aggiudicazione della gara per l'appalto del servizio, un modello di monitoraggio basato su metodologie innovative e sulla conoscenza di dettaglio delle caratteristiche della domanda e dell'offerta sanitaria che, alimentato attraverso il consolidamento delle informazioni provenienti dal livello locale, possa arrivare a fornire una chiara e profonda lettura dei fenomeni a livello regionale.

Si intende pertanto cogliere questa opportunità per iniettare nel sistema regionale strumenti e competenze volte, nel medio termine, a garantire la diffusione di specifico know-how tecnico-manageriale, l'introduzione di processi gestionali stabili e la disponibilità di un sistema per la produzione e raccolta di informazioni trasparenti ed affidabili attraverso le quali:

- governare e monitorare l'andamento gestionale e delle azioni di risanamento a livello aziendale e di sistema sanitario regionale nel suo complesso
- comprendere e valutare tempestivamente i dati di produzione ed i costi ad essi associati
- individuare le determinanti dei risultati economici, al fine di garantire l'adozione di azioni correttive e di razionalizzazione coerenti ed efficaci.

Il Modello di Monitoraggio che si vuole realizzare dovrà garantire la coerenza e l'integrazione con le metodologie definite nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS) e con i modelli dei dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario nazionale (NSIS).

Risultati programmati

A livello Regionale:

- Sottoscrizione dell'accordo di programma entro il 15 novembre 2011
- Predisposizione degli atti di gara d'appalto di servizi entro il 31 dicembre 2011
- Aggiudicazione della gara entro il 30 giugno 2012
- Implementazione del sistema nel triennio successivo all'aggiudicazione

Indicatori di risultato

A livello Regionale:

- Accordo di Programma con i Ministeri competenti.
- Pubblicazione del bando.

Azione 1.1.7: Governo dei flussi istituzionali

Le principali criticità rilevate dei flussi istituzionali, che in molti casi hanno una matrice comune, si possono sintetizzare in:

- criticità nelle attività di rilevazione dei dati: per molti flussi la rilevazione dei dati avviene ancora in maniera manuale e con l'immissione diretta nel sistema NSIS. Inoltre, per i flussi che vengono rilevati da procedure automatiche, non sempre le tempistiche e le modalità di rilevazione dei dati sono compatibili con quanto previsto dalle specifiche tecniche del NSIS. A livello di ASReM, si scontano ancora gli effetti della ristrutturazione organizzativa (passaggio da 4 zone all'azienda unica) e dell'introduzione di un nuovo sistema informativo aziendale che ha reso necessaria, oltre al recupero delle informazioni pregresse, la messa a regime di nuovi processi organizzativi per la gestione delle informazioni.
- criticità nelle attività di verifica dei dati: le attività di controllo e di consolidamento dei dati prodotti e trasmessi al NSIS avvengono, per la maggior parte dei flussi, in maniera destrutturata e senza disporre di idonei strumenti di supporto.

In generale la maggior parte dei problemi sono dovuti:

- al mancato riconoscimento dei ruoli e delle competenze ai vari attori coinvolti nell'attuazione e nel governo del processo di gestione dei flussi;
- alla carenza di regole chiare e formalizzate, dettate a livello regionale, per la raccolta e il controllo delle informazioni.

I flussi regionali che alimentano il Sistema Tessera Sanitaria (TS) presentano criticità specifiche, legate alla necessità di mantenere un costante e corretto allineamento tra le banche dati regionali e gli archivi del sistema di monitoraggio della spesa farmaceutica e specialistica.

Le principali criticità si presentano soprattutto per gli archivi ad elevata variabilità (assistiti, ricettari, esenzioni) per i quali la discontinuità nell'aggiornamento del dato provoca disallineamenti rilevati dal Sistema TS stesso con gli indicatori di qualità mensili.

Tutte le problematiche che riguardano il Sistema TS, e quindi i relativi flussi, sono comunque oggetto di un'attività specifica di presidio avviata in coincidenza con la nomina del nuovo referente regionale art.50. In collaborazione con ASReM, Molise Dati e SOGEI, la Regione Molise ha attivato una serie di iniziative che hanno portato a superare le criticità più evidenti, relative ai flussi degli assistiti e dei ricettari: per questi ultimi, inoltre, è stata utilizzata per la prima volta la modalità di aggiornamento dei dati tramite *web-services*. La Regione ha aderito all'articolo 4 del DPCM 26 marzo 2008, ai fini del riconoscimento del proprio progetto regionale per la trasmissione telematica delle ricette al SAC, tramite il Sistema di accoglienza regionale (SAR). A causa dei ritardi registrati nell'attuazione del progetto medesimo la Regione Molise ha fatto presente al Ministero dell'Economia e delle

Finanze di voler procedere alla definizione di un piano di recupero delle attività, rinunciando temporaneamente alla propria richiesta di adesione all'articolo 4.

È stato quindi concordato un piano di recupero delle attività che prevede l'adozione, da parte dei medici regionali convenzionati con il SSN, del sistema di trasmissione delle prescrizioni elettroniche attraverso le nuove procedure informatiche (c.d. ricetta web) rese disponibili dal Sistema Tessera Sanitaria. Tale piano è stato approvato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze che ha fissato al 1 Luglio 2011 la data di avvio a regime della trasmissione della "ricetta elettronica", con un decreto ministeriale pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 5/3/2011: a partire da tale data ogni medico convenzionato garantisce l'invio al Sistema Tessera Sanitaria di una quantità di ricette non inferiore all'80% del totale delle ricette per le quali risultano erogate prestazioni di farmaceutica e specialistica ambulatoriale.

L'Amministrazione Regionale, per agevolare questo processo, ha messo in atto, con la collaborazione di SOGEI, una serie di azioni di formazione, supporto e accompagnamento che consentiranno ai medici di rispettare gli adempimenti previsti dal decreto.

Il Direttore Generale della ASReM ha emanato il provvedimento 1401 del 19/11/2010, trasmesso dal referente art. 50 al Ministero dell'Economia e delle Finanze, per dare attuazione al D.M.11-12-2009, prevedendo l'avvio operativo delle nuove modalità di gestione delle esenzioni da reddito a far data dal 1 Aprile 2011.

Sono state quindi condotte le attività propedeutiche di organizzazione, informazione e sensibilizzazione previste dal cronoprogramma contenuto nel provvedimento. Per attenuare l'impatto sull'utenza è stato previsto un periodo transitorio, pari a un mese, in cui è stata ancora consentita l'autocertificazione dell'esenzione tramite firma sulla ricetta.

A partire dal 1 Maggio 2011 il funzionamento delle nuove procedure di gestione delle esenzioni è a regime.

Risultati Programmati

A livello Regionale:

- Regolamento regionale dell'attività di produzione e controllo dei flussi entro il 31 dicembre 2011. L'obiettivo è ridefinire a livello di Amministrazione Regionale le modalità organizzative complessive di gestione e controllo dei flussi informativi, attribuendo a specifiche unità organizzative dell'ASReM e della Regione Molise la responsabilità delle azioni di produzione e controllo di ciascun flusso.
- *Assessment* sui processi di rilevazione dei dati per verificare la "compatibilità" con le specifiche NSIS e attivare le necessarie azioni correttive entro il 30 giugno 2012.
- Interoperabilità dei flussi tramite l'attuazione di interventi mirati per l'invio dei flussi con modalità tecnologicamente più avanzate per elevare il livello di interoperabilità del sistema dei flussi sanitari regionali con i sistemi nazionali (NSIS, Sistema TS) entro il 2012.

Indicatori di risultato

A livello Regionale:

- Numero di procedure di rilevazione flussi censite anni 2011/2012 vs anno 2010.

- Numero di flussi per i quali è stata avviata l'attività di invio tramite *web-services* e/o porta di dominio SPC anni 2011/2012 vs anno 2010.

Azione 1.1.8: Potenziamento del sistema dei controlli di appropriatezza delle prestazioni

In sede di programmazione degli obiettivi di razionalizzazione e di riqualificazione dell'assistenza del SSR molisano, occorre parimenti identificare le linee di azione per il monitoraggio e il controllo degli erogatori, sia pubblici sia privati, per garantire il rispetto delle politiche di programmazione regionale e, conseguentemente, l'appropriatezza delle prestazioni rese. Tali linee di azione devono, in particolare, essere guidate da principi quali:

- la verifica formale degli impegni contrattuali degli erogatori pubblici e privati verso la Regione Molise;
- l'individuazione di situazioni che potenzialmente possono alterare:
 - la garanzia di un processo di diagnosi e cura appropriato del paziente, minimizzandone i possibili rischi;
 - la misura della domanda soddisfatta e quindi la corretta programmazione sanitaria che su questa si basa.

Al fine di aumentare il controllo sull'attività ospedaliera e territoriale, aspetto essenziale per garantire equità e razionalizzazione nella distribuzione delle risorse in un sistema di finanziamento a prestazione iso-risorse, l'attività ispettiva Regionale deve:

- aggiornare e produrre i criteri, le procedure e le linee di indirizzo regionali per la redazione dei controlli ispettivi;
- effettuare il controllo sugli ospedali pubblici sotto diretta gestione ASReM, nonché delle due Strutture di Alta Specialità (IRCSS Neuromed e Cattolica) sotto diretta gestione regionale;
- verificare la regolarità dei controlli effettuati dall'ASReM sulle strutture private accreditate, validarne i dati trasmessi e mettere in pratica ulteriori controlli, laddove ritenuti necessari o se richiesti dalle Regioni con cui sono stati stipulati gli Accordi di Confine;
- convocare l'Arbitrato Regionale per dirimere eventuali controversie tra ASReM e strutture private;
- monitorare gli Archivi della Molise Dati, sia informatici che cartacei (Tabulati SDO);
- controllare che avvenga la regolare trasmissione dei Flussi informativi al Ministero della Salute ed al Coordinamento Nazionale T.U.C. per la compensazione interregionale (File A, B, C, D,E,F, G) e provvedere alla chiusura degli Accordi bilaterali annuali;
- elaborare statistiche e report per la *governance* del sistema regionale;
- stabilire le misure sanzionatorie, ove applicabili, per il DG ASReM e per le strutture private, dei comportamenti opportunistici, fenomeni distorsivi, implementazioni inappropriate e tariffazioni incongrue delle prestazioni.

Per quanto riguarda i singoli erogatori pubblici e privati si segnala l'importanza della condivisione completa e tempestiva del flusso informativo in questione. A tal proposito si prevede quanto segue in merito al rispetto dei requisiti minimi di compilazione e condivisione:

- per le strutture pubbliche oltre a rientrare tra i criteri di valutazione dell'operato del Direttore Generale, Sanitario e Amministrativo, dei responsabili di unità operativa, dei dirigenti, con rapporto di lavoro esclusivo e non, responsabili di struttura semplice e/o complessa, concorrono a determinare la componente variabile della loro retribuzione. L'accertamento di irregolarità diffuse nella compilazione e conservazione delle cartelle cliniche costituisce una violazione grave del rapporto fiduciario tra la Regione Molise e il Direttore Generale aziendale, il Direttore

Sanitario ed il dirigente, responsabile di struttura semplice e/o complessa e può comportare, nei modi e nelle forme di legge e, salve le responsabilità penali, la decadenza dalla nomina o dall'incarico.

- per le strutture private costituiscono condizione vincolante per la liquidazione della relativa prestazione e per la determinazione dell'entità economica dei rinnovi contrattuali per l'anno successivo. I ricoveri per i quali la relativa SDO non sarà pervenuta nelle modalità previste ed entro i termini stabiliti non potranno essere liquidati in un momento successivo. L'accertamento d'irregolarità diffuse nella compilazione e conservazione delle cartelle cliniche dell'anno, costituisce una violazione grave del rapporto fiduciario tra la Regione Molise e la struttura privata accreditata e può comportare l'azzeramento dell'entità economica nel rinnovo del contratto.

La condivisione di dati accurati e completi del flusso SDO è condizione necessaria affinché sia possibile assicurare un monitoraggio capillare e tempestivo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate a livello regionale.

A tal fine l'attività ispettiva della Regione deve attivare un controllo sistematico dei dati del flusso SDO attraverso la realizzazione di analisi riguardanti:

- l'andamento del numero di giornate di degenza per 1000 abitanti anno;
- l'andamento del numero di ricoveri per 1000 abitanti anno;
- l'andamento della durata della degenza media complessivo e con dettaglio per ciascuna struttura;
- il numero di ricoverati die rispetto al numero di posti letto accreditati complessivo e con dettaglio per ciascuna struttura;
- il numero di ricoveri per prestazioni mediche con diagnosi principale in *Black List* complessivo e con dettaglio per ciascuna struttura;
- il numero di ricoveri per prestazioni chirurgiche con intervento principale in *Black List* complessivo e con dettaglio per ciascuna struttura;
- per i soli erogatori privati, l'andamento nel tempo della percentuale di erogazione del budget complessivo e con dettaglio per ciascuna struttura.

I risultati di tali analisi dovranno essere predisposti con cadenza semestrale in *report* di sintesi riguardanti l'attività di controllo, e per ciascuna delle strutture coinvolte nell'attività di monitoraggio, dovranno anche riportare:

- indicazioni relative alla tempestività e all'accuratezza dei dati forniti;
- il numero dei controlli effettuati, che, nel complesso, dovrà essere coerente con le soglie minime individuate dalla normativa nazionale (L 133/2008, DM 10.12.2009);
- gli indicatori sulle non conformità riscontrate e sul livello di inappropriatezza delle prestazioni;
- l'impatto economico delle decurtazioni derivanti dalla diversa codifica delle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e quindi da una diversa classificazione delle prestazioni erogate;
- le somme effettivamente recuperate a fronte delle decurtazioni previste.

Ai fini di assolvere a tutte le funzioni descritte, e con lo scopo di effettuare tali attività siaq sulle prestazioni correnti che su quelle di anni precedenti che ad oggi non risultano verificate, la Regione si riserva di concludere anche specifici accordi con servizi ispettivi di altre Regioni.

Risultati programmati

A livello Regionale e ASReM:

- Definizione delle modalità di condivisione dei dati relativi alle SDO.

A livello Regionale:

- Redazione di reportistica di sintesi contenente le analisi di appropriatezza per tutte le strutture coinvolte nell'attività di monitoraggio nel rispetto delle tempistiche stabilite.
- Istituzione dei tavoli tecnici per la discussione dei risultati ottenuti e per la definizione degli interventi atti a rimuovere criticità evidenziate nel rispetto delle tempistiche stabilite.
- Definizione dei nuovi protocolli ispettivi per i livelli di assistenza non ospedaliera.

A livello ASReM:

- Invio delle SDO secondo le tempistiche ministeriali stabilite.
- Recupero delle somme corrispondenti alle decurtazioni calcolate in sede di controllo.

Indicatori di risultato

A livello Regionale:

- Numero di strutture per le quali sono stati prodotti i *report* di sintesi delle attività di controllo e monitoraggio dell'appropriatezza.
- Numero di *report* prodotti.
- Avvenuta adozione dei nuovi protocolli ispettivi per i livelli di assistenza non ospedaliera entro il 31 dicembre 2011.

A livello ASReM:

- Numero di invii di dati del flusso SDO su numero di invii previsto.
- Numero di invii di dati del flusso SDO entro le tempistiche prestabilite su numero totale di invii.
- Valore delle somme recuperate corrispondenti alle decurtazioni calcolate in sede di controllo.
- Numero dei controlli realizzati rispetto al numero di controlli previsti da normativa con particolare riferimento:
 - alla Legge 133/2008 (controllo analitico annuo del 10% delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione);
 - al DM 10.12.2009 (controllo analitico al 100% su “prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza” fino ad un volume pari al 2,5% sul totale dei ricoveri complessivi della regione).

Programma Operativo 2: Rete ospedaliera

Rete ospedaliera: valorizzazione manovre (€/mIn)		
	2011	2012
Rete ospedaliera	3,9	8,1
Riassetto della rete ospedaliera	3,9	8,1
<i>Razionalizzazione degli ospedali di Agnone, Larino e Venafrò</i>	3,9	8,1
<i>Identificazione macro linee di intervento sulle strutture ospedaliere pubbliche e private coerentemente con le analisi del SiVeAS</i>	-	-

Tabella 4 – Sintesi manovre

Premessa

La Regione Molise, con il DCA 20 del 30 giugno 2011, intende attuare interventi mirati al riassetto della rete ospedaliera per mezzo della dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza ed efficacia. In particolare la rimodulazione di posti letto prevista consentirà:

- la riduzione dell'eccesso di offerta per acuti in DH e DS passando dall'attuale valore del 17% sul totale al 12,65%, in ottemperanza a quanto osservato nel verbale della riunione di verifica del 6 aprile 2011 e nel parere ministeriale n°10 – P del 27 gennaio 2011;
- l'adeguamento dei posti letto post-acuzie, in coerenza con quanto disposto dall'Art. 6 del Patto per la Salute (0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, per un totale di 226 posti letto di cui 134 di riabilitazione, 44 di lungodegenza e 48 alta specialità codice 75) e in ottemperanza al sopra citato parere ministeriale n°10 – P del 27 gennaio 2011;
- l'adeguamento dell'offerta al fabbisogno stimato, pari a 1320 posti letto, tenuto conto anche dei posti letto dedicati in via prevalente o esclusiva a pazienti provenienti da altre regioni in ottemperanza al parere ministeriale n°7 – P del 18 gennaio 2011. A tal fine col decreto n° 20/2011 si è proceduto alla riduzione da 1670 a 1320 dei posti letto ospedalieri rispetto ai 1370 di cui al precedente decreto n°19/2010.

Intervento 2.1: Riassetto della rete ospedaliera

Azione 2.1.1: Razionalizzazione degli ospedali di Agnone, Larino e Venafrò

In aggiunta alla rimodulazione in termini di posti letto prevista dal DCA 20/2011, la ristrutturazione dell'offerta delle tre strutture in oggetto già prevista dal DCA 19 del 10 maggio 2010 ha pianificato la trasformazione dei tre presidi in strutture dalle caratteristiche più orientate all'assistenza territoriale, colmando, in parte, il *gap* assistenziale legato a tali forme di assistenza nella rete regionale (es. attivazione di RSA).

Il DCA 20/2011 costituisce integrazione e completamento del DCA 19/2010 sulla base delle seguenti linee di indirizzo:

- trasferimento delle prestazioni ad alto rischio di inappropriately dai regimi di ricovero ordinario e diurno al *setting* ambulatoriale;
- accorpamento funzionale al presidio maggiore di riferimento;
- definizione della rete dell'emergenza urgenza;
- riorganizzazione della riabilitazione ospedaliera.

Entro il 31 dicembre 2011 sarà definita la rimodulazione dell'offerta di posti letto, che a partire dal 2012, riporterà la dotazione a 4 posti letto per mille abitanti definita dal Patto della Salute sopra citato.

Il DCA 20 del 30 giugno 2011, nell'ambito del processo regionale di rimodulazione dell'offerta ospedaliera, prevede per gli ospedali di Agnone, Larino e Venafro la dotazione di posti letto e le funzioni territoriali riportate nella tabella seguente.

Programma Operativo 2011/2012	Agnone			Larino			Venafro		
DISCIPLINE	DO	DH	TOT	DO	DH	TOT	DO	DH	TOT
Lungodegenza	14	-	14	20	-	20	10	-	10
Riabilitazione 56	-	-	-	18	2	20	20	2	22
Ortopedia e traumatologia	-	-	-	-	-	-	14	2	16
Medicina interna	12	-	12	-	-	-	8	2	10
Chirurgia generale	8	-	8	-	-	-	-	-	-
Day surgery	-	8	8	-	-	-	-	-	-
Oculistica	-	-	-	3	2	5	-	-	-
Med. E Ch. accettazione e d'urgenza	5	-	5	-	-	-	-	-	-
Day hospital	-	4	4	-	-	-	-	-	-
Ginecologia	4	-	4	-	-	-	-	-	-
Terapia intensiva post chirurgica	-	-	-	-	-	-	2	-	2
Totale (P. L. Ospedalieri)	43	12	55	41	4	45	54	6	60
Hospice			-			10			-
RSA			40			40			40
Totale (P. L. Territoriali)			40			50			40
PTA		SI			SI			SI	
Sperimentazione gestionale Area Pediatrica	-	-	-	6	4	10	-	-	-

Tabella 5 – Configurazione futura 3 ospedali da DCA 20/2011²

La dotazione dello stabilimento di **Agnone** è stata rimodulata rispetto a quanto previsto dal DCA 19/2010 con l'attivazione di 5 posti letto, passando da 50 a 55 e prevedendo l'attivazione del Punto di Primo Soccorso/Astanteria.

La dotazione dello stabilimento di **Larino** è stata rimodulata con la disattivazione di 25 posti letto, passando da 80 a 55 quale conseguenza:

- dello spostamento parziale dell'oculistica a Campobasso;
- del trasferimento delle discipline di Chirurgia Generale e Medicina presso altri stabilimenti;
- della eventuale necessità dell'attivazione di una sperimentazione gestionale condivisa fra Regione, ASReM e l'ospedale Bambin Gesù di Roma, con l'avallo del Ministero, per l'attivazione di un centro pediatrico di assistenza di primo livello per lo svolgimento di attività di ricovero in DO, DH e DS nonché di specialistica ambulatoriale, allo scopo di offrire prestazioni sanitarie qualificate facilmente accessibile e fruibili da parte della popolazione della Regione Molise e delle Regioni confinanti.

² Con DCA 71 del 8 agosto 2011, la rete prevista nel DCA 20/2011 è stata rivista, in particolare 13 posti di riabilitazione sono stati spostati dall'ospedale S. Timoteo di Termoli all'Ospedale Vietri di Larino. Tale operazione, in attesa delle verifiche di attuazione, comportando dei potenziali risparmi a livello Regionale legati a possibili sinergie, in via prudenziale non è stata considerata nelle valorizzazioni, ipotizzando quindi che il trasferimento di un reparto da un ospedale ad un altro non comporti variazioni di costo a livello regionale

La dotazione dello stabilimento di **Venafro** ha subito rimodulazioni parziali in alcune discipline, in conseguenza della necessità di riqualificare lo stabilimento stesso come presidio Ortopedico – Riabilitativo e per Lungodegenza. Attualmente sono stati confermati i 10 posti letto di Medicina a causa di un'impossibilità temporanea di accorpamento con l'ospedale di Isernia per problemi logistici.

Inoltre, presso gli stabilimenti di Agnone, Larino e Venafro, considerate le peculiarità demografiche del territorio interessato, caratterizzato da una popolazione prevalentemente anziana, si rende necessario garantire l'attivazione delle Residenze Sanitarie Assistenziali. Tali strutture offrono a soggetti non autosufficienti, con esiti di patologie non curabili a domicilio, un livello "medio-basso" di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera, nell'ottica della produzione verso forme più appropriate di erogazione delle prestazioni, di organizzazione delle attività ambulatoriali, dei servizi di emergenza e dei punti di primo intervento, in interazione con la rete assistenziale territoriale.

Risultati programmati

A livello Regionale e ASReM:

- Completamento della rimodulazione dei posti letto prevista dal DC 20/2011.
- Attivazione dei posti letto di *hospice* a Larino.
- Attivazione dei posti letto di RSA nei tre stabilimenti.

Indicatori di risultato

A livello Regionale e ASReM:

- Numero di posti letto attivi per disciplina nei tre stabilimenti al 30 settembre 2011.
- Attivazione dei posti letto di *hospice* a Larino entro il 30 settembre 2011.
- Attivazione dei posti letto di RSA nello stabilimento di Larino entro il 31 ottobre 2011.
- Attivazione dei posti letto di RSA nello stabilimento di Agnone entro il 30 novembre 2011.
- Attivazione dei posti letto di RSA nello stabilimento di Venafro entro il 31 dicembre 2011.
- Numero di pazienti assistiti in *hospice* presso lo stabilimento di Larino al 31 dicembre 2011.
- Numero di pazienti assistiti in *hospice* presso lo stabilimento di Larino al 31 dicembre 2012.
- Numero di pazienti assistiti in RSA presso i tre stabilimenti al 31 dicembre 2011.
- Numero di pazienti assistiti in RSA presso i tre stabilimenti al 31 dicembre 2012.

Azione 2.1.2: Identificazione macro linee di intervento sulle strutture ospedaliere pubbliche e private coerentemente con le analisi del SiVeAS

Il SiVeAS, nella sua funzione di affiancamento alle Regioni che hanno sottoscritto Piani di Rientro dal disavanzo sanitario, ha tra i suoi obiettivi il monitoraggio dell'evoluzione dei Sistemi Sanitari Regionali al fine di verificare l'attuazione delle manovre previste dai Piani sia sui Livelli Essenziali di Assistenza sia sul contenimento dei costi.

A tal fine, il Ministero della Salute si è dotato di metodologie e strumenti di analisi del patrimonio informativo disponibile presso le banche dati del NSIS, che risultano necessari

per valutare l'efficacia degli interventi previsti dalla Regione nell'ambito del Piano di Rientro e utili anche come supporto ai fini della programmazione regionale.

Con riferimento alla domanda soddisfatta, dal confronto tra i dati della Regione ed il *benchmark* adottato dal Ministero della Salute, si è rilevato per l'anno 2008, un eccesso di ricoveri ospedalieri per acuti sia in degenza ordinaria (148 dimessi contro 117 dimessi) che in *Day Hospital* (63 dimessi contro 44 dimessi).

Con riferimento alla degenza ordinaria, l'eccesso di giornate di degenza riscontrabile nelle acuzie appare interamente riconducibile al numero di ricoveri (del 26% superiori al *benchmark*), a fronte di una degenza media del 3% inferiore al *benchmark*. Tale eccesso risulta prevalentemente concentrato sui ricoveri medici (+43%), nell'area chirurgica, a fronte di un numero di ricoveri del 3% superiore al *benchmark*, si riscontra una degenza media del 17% superiore.

Nella lungodegenza permane un difetto di giornate attribuibile completamente al numero di ricoveri per mille abitanti (0,8 a fronte dei 2,2 del *benchmark*).

Per quanto riguarda il *Day Hospital* l'eccesso di giornate di degenza riscontrabile nelle acuzie appare interamente riconducibile al numero di ricoveri (del 42% superiore al *benchmark*), tale eccesso risulta prevalentemente concentrato sui ricoveri medici (pari a circa 2 volte il *benchmark*). Nella Riabilitazione ospedaliera si rileva un numero di ricoveri ordinari inferiore al *benchmark* del 40% a fronte di un numero medio di accessi pari a 1,9 volte il *benchmark*.

La Regione Molise intende, inoltre, valutare l'opportunità di predisporre nel biennio 2011 – 2012 le attività necessarie a ridefinire le prestazioni attese per singola struttura, pubblica e privata accreditata, attraverso un intervento correttivo mirato a ridurre i ricoveri ospedalieri per acuti potenzialmente inappropriati.

Nell'ottica di guidare le strutture verso una produzione il più possibile appropriata rispetto al fabbisogno della popolazione, la Regione considererà, a partire dall'anno 2013, la possibilità di articolare *budget* per ogni struttura secondo una matrice che definisce, per Major Diagnostic Category (MDC) / DRG / Aggregati Clinici di Codici (ACC) e tipologia di prestazione (medico vs chirurgica), la produzione attesa.

Tali *budget* per l'attività per acuti dovranno essere definiti in coerenza con la produzione obiettivo 2011 e 2012, nel rispetto della domanda soddisfatta di ASReM e alle esigenze regionali (applicazione dell'approccio metodologico identificato dal SiVeAS).

In particolare, spetterà alla Regione assegnare ai singoli erogatori la produzione attesa e comunicare trimestralmente gli scostamenti rispetto all'obiettivo assegnato.

Ciascuna struttura, pubblica e privata, valuterà l'opportunità di allestire i sistemi e gli strumenti di monitoraggio a supporto del ritorno informativo verso le unità operative/organizzative. Le tecnologie saranno funzionali alla definizione e alla verifica degli obiettivi aziendali (in termini di rispetto delle indicazioni di appropriatezza ed efficienza

fornite dal livello regionale e coerenti con le stesse indicazioni pervenute dal Ministero della Salute e, in futuro, in termini anche di rispetto dell'eventuale *budget* di produzione).

Sintesi per ACC di diagnosi monolivello		140 - Molise				
ACC di diagnosi monolivello (casi medici)	Fabbisogno 2008	Potenziale inapproprietezza 08	% Potenziale inapproprietezza su fabbisogno 2006	% Potenziale inapproprietezza su fabbisogno 2008	% Potenziale inapproprietezza su totale inapproprietezza 2008	Cumulata %
174 - INFERTILITA' FEMMINILE	4	22	380,1%	488,2% ↑	0,3%	0,3%
045 - CHEMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA	537	2.018	278,5%	375,7% ↑	24,6%	24,9%
257 - ALTRO TRATTAMENTO ULTERIORE	104	228	120,2%	220,4% ↑	2,8%	27,7%
141 - ALTRI DISTURBI DELLO STOMACO E DEL DUODENO	47	75	186,2%	159,5% ↓	0,9%	28,6%
085 - COMA, STUPORE E DANNO ENCEFALICO	39	59	71,0%	151,5% ↑	0,7%	29,3%
120 - EMORROIDI	27	41	144,9%	149,7% ↑	0,5%	29,8%
098 - IPERTENSIONE ESSENZIALE	66	92	141,2%	138,0% ↓	1,1%	30,9%
203 - OSTEOARTROSI	42	53	247,5%	128,9% ↓	0,7%	31,6%
047 - ALTRI E NON SPECIFICATI TUMORI BENIGNI	126	161	106,3%	128,4% ↑	2,0%	33,5%
048 - DISORDINI DELLA ghiandola tiroidea	48	61	135,5%	126,3% ↓	0,7%	34,3%
093 - SINDROMI VERTIGINOSE ED ALTRI DISTURBI DEL SISTEMA VESTIBOLARE	160	173	108,8%	108,3% ↓	2,1%	36,4%
104 - ALTRE E MAL DEFINITE CARDIOPATIE	41	44	154,3%	107,3% ↓	0,5%	36,9%
102 - DOLORE TORACICO NON SPECIFICO	240	253	131,1%	105,2% ↓	3,1%	40,0%
143 - ERNIA ADDOMINALE	52	54	77,8%	102,5% ↑	0,7%	40,6%
063 - MALATTIE DEI GLOBULI BIANCHI	41	42	72,8%	101,6% ↑	0,5%	41,2%
xxx - Altro	23.608	4.826	28,4%	20,4%	58,8%	
Totale	25.182	8.201	38,3%	32,6%		

Nota: gli ACC sono stati ordinati in modo decrescente rispetto alla percentuale di potenziale inapproprietezza dell'anno 2008 sul relativo fabbisogno e si considerano gli ACC che concorrono a determinare il 90% del totale dell'inapproprietezza della Regione in esame.

Tabella 6– Caratterizzazione dei ricoveri medici a maggiore potenziale in appropriatezza

Dettaglio per ACC di procedura chirurgica monolivello		140 - Molise				
ACC di procedura chirurgica monolivello (casi chirurgici)	Fabbisogno 2008	Potenziale inapproprietezza 08	% Potenziale inapproprietezza su fabbisogno 2006	% Potenziale inapproprietezza su fabbisogno 2008	% Potenziale inapproprietezza su totale inapproprietezza 2008	Cumulata %
018 - PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'OCCHIO	30	468	1182,7%	1573,8% ↑	11,3%	11,3%
015 - PROCEDURE SU CRISTALLINO E PER CATARATTA	722	2.023	41,1%	280,1% ↑	48,7%	60,0%
011 - PROCEDURE DIAGNOSTICHE ENDOCRINE	6	7	0,0%	101,3% ↑	0,2%	60,1%
169 - RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE	184	183	68,5%	99,3% ↑	4,4%	64,5%
010 - TIROIDECTOMIA, PARZIALE O COMPLETA	222	176	79,3%	79,3% ↓	4,2%	68,8%
184 - COLANGIOGRAFIA INTRAOPERATORIA	87	64	125,2%	74,1% ↓	1,5%	70,3%
079 - ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELL'INTESTINO CRASSO (NON ENDOSCOPICA)	10	6	17,6%	54,0% ↑	0,1%	70,4%
090 - ASPORTAZIONE, LISI DI ADERENZE PERITONEALI	339	168	55,8%	49,8% ↓	4,1%	74,5%
006 - DECOMPRESSIONE NERVO PERIFERICO	281	125	0,0%	44,6% ↑	3,0%	77,5%
170 - ASPORTAZIONE DI LESIONE CUTANEA	514	202	8,7%	39,2% ↑	4,9%	82,4%
048 - INSERZIONE, REVISIONE, SOSTITUZIONE DI PACEMAKER CARDIACO O DEFIBRILLATORE AUTOMATO	294	104	0,0%	35,6% ↑	2,5%	84,9%
014 - INTERVENTI PER GLAUCOMA	84	30	0,0%	35,1% ↑	0,7%	85,6%
034 - TRACHEOSTOMIA, TEMPORANEA E PERMANENTE	26	9	0,0%	34,2% ↑	0,2%	85,8%
073 - ILEOSTOMIA E ALTRA ENTEROSTOMIA	55	18	0,0%	32,8% ↑	0,4%	86,2%
028 - PROCEDURE DI PLASTICA DEL NASO	346	107	76,4%	30,8% ↓	2,6%	88,8%
XXX - Altro	26.037	465	2,9%	1,8%	11,2%	
Totale	29.238	4.154	9,6%	14,2%		

Nota: gli ACC sono stati ordinati in modo decrescente rispetto alla percentuale di potenziale inapproprietezza dell'anno 2008 sul relativo fabbisogno e si considerano gli ACC che concorrono a determinare il 90% del totale dell'inapproprietezza della Regione in esame.

Tabella 7– Caratterizzazione dei ricoveri chirurgici a maggiore potenziale in appropriatezza

Risultati programmati

A livello Regionale:

- Monitoraggio della domanda soddisfatta coerentemente con la metodologia proposta dal Ministero della Salute nell'ambito del monitoraggio dell'evoluzione dei Sistemi Sanitari Regionali da parte del SiVeAS.
- Monitoraggio dell'incidenza dei parti cesarei sul totale dei parti.
- Contenimento del fenomeno delle lista di attesa.
- Aggiornamento degli obiettivi del Direttore Generale di ASReM in termini di riduzione della domanda soddisfatta potenzialmente inappropriata identificata dal Ministero della Salute ed in termini di riduzione della degenza media e della degenza pre-operatoria. La riduzione di attività deve quindi generare, in termini di minor fabbisogno, il decremento nei consumi per beni e servizi, prodotti farmaceutici ed emoderivati; deve essere altresì volta a garantire il conseguimento delle economie derivanti dal blocco del *turn over*.
- Adeguamento a partire dal 2013 dei contratti sottoscritti con gli erogatori privati identificando, per ciascuna struttura, la quantità e la tipologia di prestazioni potenzialmente inappropriata erogate a residenti molisani che le strutture non dovrebbero più erogare, determinando di conseguenza i tetti di spesa.
- Rinegoziazione dei *budget* di produzione sottoscritti con gli ospedali classificati identificando, per ciascuna struttura, la quantità e la tipologia di prestazioni che tali strutture dovranno erogare.

Indicatori di risultato

A livello Regionale:

- Riduzione delle giornate di degenza per 1.000 abitanti/anno nel biennio 2011 - 2012.
- Riduzione delle prestazioni potenzialmente inappropriata erogate dalle strutture molisane ai residenti della Regione Molise nel biennio 2011 - 2012.
- Riduzione, per le prestazioni di riabilitazione, della degenza media per il regime ordinario e del numero medio di accessi per il *day hospital* coerentemente con il *benchmark* del SiVeAS nel biennio 2011 - 2012.
- Riduzione della degenza media pre-operatoria per le prestazioni chirurgiche coerentemente con il *benchmark* del SiVeAS nel biennio 2011 - 2012.
- Riduzione del numero medio di accessi per prestazioni di *day hospital* medico coerentemente con il *benchmark* del SiVeAS nel biennio 2011 - 2012.
- Scostamento tra i casi per parto cesareo sul totale dei parti rispetto alla media delle Regioni virtuose nel biennio 2011 - 2012.
- Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni più soggette al fenomeno nel biennio 2011 - 2012.
- Aggiornamento degli obiettivi del Direttore Generale di ASReM nel biennio 2011 - 2012.

Valorizzazione Programma Operativo 2: Rete ospedaliera

Intervento 2.1: Riassetto della rete ospedaliera

Azione 2.1.1: Razionalizzazione degli ospedali di Agnone, Larino e Venafrò

Di seguito è riportato l'impatto economico della razionalizzazione degli ospedali di Agnone, Larino e Venafrò sia in termini di costi variabili cessanti, sia in termini di personale non più necessario. In particolare, il personale è stato calcolato al netto del fabbisogno di personale dei modelli assistenziali previsti in sostituzione e che quindi potrà essere messo a disposizione delle strutture regionali residue lì dove necessario e/o a copertura del *turn over*.

Al fine di determinare le strutture di costo future dei tre stabilimenti, e di conseguenza il delta rispetto ai costi attuali, sono stati utilizzati dei modelli gestionali rappresentativi della tipologia di struttura, come definito nella valorizzazione dell'intervento.

In via cautelativa sono stati stimati anche i costi associati all'attivazione dei PTA presso i tre presidi, anche se il DCA 20/2011 non specifica una data definita di attivazione.

Non sono stati, inoltre, considerati i costi derivanti dall'eventuale attivazione della sperimentazione gestionale riguardante l'attivazione di un centro pediatrico di assistenza di primo livello presso l'Ospedale di Larino, nell'ipotesi che l'impatto economico sia attualmente considerato come mobilità passiva (mantenuta costante).

Il possibile risparmio derivante dagli effetti dalla razionalizzazione dei tre ospedali nell'arco del biennio 2011 – 2012 è dato dai seguenti fattori:

- Riduzione dei costi al netto del personale pari a circa **14,4 milioni di Euro**.
- Ricavi da quota sociale pari a circa **1,9 milioni di Euro**.
- Potenziali risparmi legati al personale reso disponibile dalla razionalizzazione, legati alla possibilità di attuare efficacemente il blocco del *turn over* stimati in **14,8 milioni di Euro**.

Come da quadro che segue:

	Costi attuali al netto del Personale €/000	Costi cessanti	Costo del Personale attuale	Costo del Personale non necessario	Ricavi da quota sociale
Razionalizzazione Agnone	5.159	2.949	7.628	365	628
Razionalizzazione Larino	13.115	6.811	14.777	7.858	628
Razionalizzazione Venafrò	8.413	4.596	13.714	6.625	628
Totale [a]	26.687	14.356	36.119	14.848	1.883

Tabella 8– Impatto economico massimo delle razionalizzazioni a regime

In via cautelativa l'effetto derivante dalla cessazione di costi da un lato e dai nuovi ricavi da quota sociale dall'altro viene valorizzato al 50% del potenziale. Per il 2012 (regime) si stima quindi un risparmio pari a **8,1 milioni di Euro**, come da quadro che segue.

	Costi attuali al netto del Personale €/000	Costi cessanti	Costo del Personale attuale	Costo del Personale non necessario	Ricavi da quota sociale
Razionalizzazione Agnone	5.159	1.475	7.628	154	314
Razionalizzazione Larino	13.115	3.405	14.777	261	314
Razionalizzazione Venafro	8.413	2.298	13.714	-	314
Totale [a]	26.687	7.178	36.119	415	942

Tabella 9– Impatto economico al 50% delle razionalizzazioni a regime

I minori costi derivanti, nel solo corso del 2011, dagli effetti delle razionalizzazioni nei tre presidi, scontano la possibilità di avere effetto su un orizzonte di soli 6 mesi rispetto ai 12 mesi, **quindi l'effetto è pari ai 50% del totale**. Con riferimento all'attivazione delle RSA, e quindi ai costi incrementali e ai ricavi da quota sociale connessi alle prestazioni erogate da queste strutture, questi sono stati considerati pro-rata sull'anno a seguito delle date previste di attivazione dei presidi stessi

L'effetto complessivo potenziale dell'azione per l'anno 2011 è dato dalla somma delle seguenti voci:

- Riduzione dei costi al netto del personale pari a circa **7,6 milioni di Euro**.
- Ricavi da quota sociale pari a circa **0,2 milioni di Euro**.

Non si ipotizzano potenziali risparmi legati al personale reso disponibile dalla razionalizzazione.

	Costi attuali al netto del Personale €/000	Costi cessanti	Costo del Personale attuale	Ricavi da quota sociale
Razionalizzazione Agnone	5.159	1.603	7.628	52
Razionalizzazione Larino	13.115	3.508	14.777	105
Razionalizzazione Venafro	8.413	2.452	13.714	-
Totale [a]	26.687	7.563	36.119	157

Tabella 10– Impatto economico massimo delle razionalizzazioni anno 2011

Anche per il 2011 la valorizzazione conseguente la ristrutturazione della rete è pari al 50% del potenziale ovvero **4,1 milioni di Euro**, come da quadro che segue.

Tabella 11– Impatto economico al 50% delle razionalizzazioni anno 2011

	Costi attuali al netto del Personale €/000	Costi cessanti	Costo del Personale attuale	Ricavi da quota sociale
Razionalizzazione Agnone	5.159	801	7.628	26
Razionalizzazione Larino	13.115	1.754	14.777	52
Razionalizzazione Venafro	8.413	1.226	13.714	-
Totale [a]	26.687	3.781	36.119	78

Ipotesi per la valorizzazione e risultati per singolo presidio

La valorizzazione del modello è stata effettuata sulla base di alcune ipotesi, in particolare si segnalano le seguenti:

- I costi cessanti al netto del personale sono stati valorizzati, per quanto riguarda l'anno 2011, tenendo conto del mese in cui è prevista la conclusione del processo di razionalizzazione, tale valore è stato ridotto del 50% in via prudenziale.
- Per le RSA è stata considerata la dovuta compartecipazione al costo da parte dell'assistito nella misura pari al 50%.
- Con DCA 71 del 8 agosto 2011, la rete prevista nel DCA 20/2011 è stata rivista, in particolare 13 posti di riabilitazione sono stati spostati dall'ospedale S.Timoteo di Termoli all'Ospedale Vietri di Larino. Tale operazione, in attesa delle verifiche di attuazione, comportando dei potenziali risparmi a livello Regionale legati a possibili sinergie, in via prudenziale non è stata considerata nelle valorizzazioni, ipotizzando quindi che il trasferimento di un reparto da un ospedale ad un altro non comporti variazioni di costo a livello regionale
- La distribuzione di PL di RSA ed *Hospice* è stata effettuata in conformità alle indicazioni contenute nel DCA 20/2011.

Personale: le caratteristiche economico - organizzative dei modelli assistenziali

Si riportano le caratteristiche economico-organizzative dei Modelli assistenziali utilizzati per la razionalizzazione dei tre presidi.

La valorizzazione è basata su un approccio modulare in termini di personale necessario per singola funzione, tali modelli permettono di stimare l'entità e il costo del personale necessario sulla base delle funzioni previste in termini di teste equivalenti.

I modelli non considerano, per i PTA, il costo dei MMG/PLS in quanto già ricompreso nell'ambito delle risorse da riconoscere ai MMG/PLS stessi con l'accordo decentrato in corso di sottoscrizione.

Programmi Operativi 2011 - 2012 - Ospedale di Agnone (DCA 20/2011)														
QUALIFICA PERSONALE	Costo medio annuo	Day Hospital	Chirurgia Generale	Medicina Interna + Lungodegenza	Ginecologia	Med. E Ch. accettazione e d'urgenza	Blocco Operatorio	Day Surgery	Condiviso struttura	PTA	RSA 40 PL	Tot. per qualifica	Costo personale per qualifica	
SANITARIO		5,0	14,0	20,0	8,0	6,0	14,0	6,0	2,0	20,0	12,0	107,0	6.468.411	
MEDICO	107.277	1,0	5,0	6,0	3,0	-	5,0	2,0	1,0	5,5	3,0	31,5	3.379.213	
PERSONALE INFERMIERISTICO	39.509	4,0	9,0	14,0	5,0	6,0	9,0	4,0	-	9,0	7,0	67,0	2.647.131	
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	36.823	-	-	-	-	-	-	-	-	2,0	1,0	3,0	110.468	
FARMACISTA	85.076	-	-	-	-	-	-	-	1,0	0,5	0,5	2,0	170.153	
PERSONALE TECNICO SANITARIO	40.268	-	-	-	-	-	-	-	-	3,0	-	3,0	120.805	
PSICOLOGO	81.284	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5	0,5	40.642	
TECNICO		-	3,0	3,0	-	-	-	-	-	2,0	12,0	20,0	593.316	
OPERATORE TECNICO ASSISTENZIALE	30.115	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5	11,0	11,5	346.327	
ASSISTENTE SOCIALE	37.425	-	-	-	-	-	-	-	-	1,0	1,0	2,0	74.851	
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	26.483	-	3,0	3,0	-	-	-	-	-	0,5	-	6,5	172.138	
AMMINISTRATIVO		-	-	-	-	-	-	-	5,0	-	-	5,0	201.294	
AMMINISTRATIVO	40.259	-	-	-	-	-	-	-	5,0	-	-	5,0	201.294	
TOTALE		5,0	17,0	23,0	8,0	6,0	14,0	6,0	7,0	22,0	24,0	132,0	7.263.021	

Tabella 12– Personale Agnone: FTE e costo

Note

- La Medicina Interna e la Lungodegenza operano con personale condiviso.
- I 5 medici del Blocco Operatorio sono 5 anestesisti.
- Il personale infermieristico della Ginecologia è da considerarsi come dotazione integrativa della chirurgia della donna.

Programmi Operativi 2011 - 2012 - Ospedale di Larino (DCA 20/2011)										
QUALIFICA PERSONALE	Costo medio annuo	Ocullistica	Riabilitazione 56	Lungodegenza	Condiviso struttura	PTA	Hospice 10 pl	RSA 40 PL	Tot. per qualifica	Costo personale per qualifica
SANITARIO		16,0	20,0	13,0	2,0	20,0	15,0	12,0	98,0	5.644.566
MEDICO	107.277	7,0	3,0	3,0	1,0	5,5	2,0	3,0	24,5	2.628.277
PERSONALE INFERMIERISTICO	39.509	9,0	12,0	10,0	-	9,0	12,0	7,0	59,0	2.331.056
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	36.823	-	5,0	-	-	2,0	0,5	1,0	8,5	312.993
FARMACISTA	85.076	-	-	-	1,0	0,5	-	0,5	2,0	170.153
PSICOLOGO	81.284	-	-	-	-	-	0,5	0,5	1,0	81.284
PERSONALE TECNICO SANITARIO	40.268	-	-	-	-	3,0	-	-	3,0	120.805
PROFESSIONALE		-	-	-	-	-	0,5	-	0,5	17.744
ASSISTENTE RELIGIOSO	35.489	-	-	-	-	-	0,5	-	0,5	17.744
TECNICO		-	6,0	6,0	-	2,0	7,5	13,0	34,5	1.055.440
OPERATORE TECNICO ASSISTENZIALE	30.115	-	6,0	6,0	-	0,5	7,0	12,0	31,5	948.635
ASSISTENTE SOCIALE	37.425	-	-	-	-	1,0	0,5	1,0	2,5	93.563
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	26.483	-	-	-	-	0,5	-	-	0,5	13.241
AMMINISTRATIVO		-	-	-	5,0	-	-	-	5,0	201.294
AMMINISTRATIVO	40.259	-	-	-	5,0	-	-	-	5,0	201.294
TOTALE		16,0	26,0	19,0	7,0	22,0	23,0	25,0	138,0	6.919.044

Tabella 13- Personale Larino FTE e costo

Note

- La Riabilitazione 56 e la Lungodegenza condividono il personale della riabilitazione.
- Il personale del *hospice* è dimensionato tenendo conto anche del personale necessario alle attività di assistenza oncologica domiciliare.

Programmi Operativi 2011 - 2012 - Ospedale di Venafro (DCA 20/2011)											
QUALIFICA PERSONALE	Costo medio annuo	Medicina Interna	Ortopedia e traumatologia	Blocco Operatorio + T.I.	Riabilitazione 56 + Lungodegenza	Condiviso struttura	PTA	RSA 40 PL	Tot. per qualifica	Costo personale per qualifica	
SANITARIO		12,0	18,0	10,0	23,0	2,0	20,0	12,0	97,0	5.924.349	
MEDICO	107.277	5,0	6,0	4,0	5,0	1,0	5,5	3,0	29,5	3.164.660	
PERSONALE INFERMIERISTICO	39.509	7,0	12,0	6,0	13,0	-	9,0	7,0	54,0	2.133.509	
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	36.823	-	-	-	5,0	-	2,0	1,0	8,0	294.581	
FARMACISTA	85.076	-	-	-	-	1,0	0,5	0,5	2,0	170.153	
PSICOLOGO	81.284	-	-	-	-	-	-	0,5	0,5	40.642	
PERSONALE TECNICO SANITARIO	40.268	-	-	-	-	-	3,0	-	3,0	120.805	
TECNICO		5,0	7,0	-	6,0	-	2,0	13,0	33,0	963.021	
OPERATORE TECNICO ASSISTENZIALE	30.115	-	-	-	6,0	-	0,5	12,0	18,5	557.135	
ASSISTENTE SOCIALE	37.425	-	-	-	-	-	1,0	1,0	2,0	74.851	
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	26.483	5,0	7,0	-	-	-	0,5	-	12,5	331.035	
AMMINISTRATIVO		-	-	-	-	5,0	-	-	5,0	201.294	
AMMINISTRATIVO	40.259	-	-	-	-	5,0	-	-	5,0	201.294	
TOTALE		17,0	25,0	10,0	29,0	7,0	22,0	25,0	135,0	7.088.663	

Tabella 14– Personale Venafro FTE e costo

Note

- La Riabilitazione 56 e la Lungodegenza condividono il personale.
- I 4 medici del Blocco Operatorio sono 4 anestesisti.

I costi cessanti per singola struttura riconvertita

La stima dei costi variabili futuri (al netto del personale) delle strutture oggetto di razionalizzazione è stata calcolata definendo un set di costi standard da associare ad opportuni *driver*: giornate di degenza, metri quadri, numero di accessi, giornate lavorate, personale, personale sanitario e personale per giornate lavorate.

I costi fissi, non subiscono variazioni a seconda dei livelli di attività delle strutture e in funzione della tipologia di assistenza erogata, si ipotizza pertanto di mantenere i costi di manutenzione al 70% del valore storico e gli ammortamenti al 100%.

Di seguito si riportano, per ciascuna struttura, i conti economici ante razionalizzazione (Valori *Ex-Ante*) come da modello CP dell'ultimo anno disponibile (2009) e la stima del conto economico post razionalizzazione (Valori *Ex-Post*). È da precisare che la potenziale riduzione di costi e gli eventuali maggiori ricavi da quota sociale **sono da intendersi come massime su base annua (a regime)**, nella valorizzazione sono stati cautelativamente considerati al 50%.

Si segnala che per lo stabilimento ospedaliero di Venafrò, trattandosi di stabilimento ospedaliero funzionalmente accorpato in contabilità accentrata con il presidio ospedaliero di Isernia, non è previsto l'invio del modello CP; l'ASReM ha proceduto, quindi, alla ricostruzione della struttura di tale modello a partire dal CP di competenza (P.O. Isernia) a cui le voci di costo/ricavo afferiscono.

OSPEDALE DI AGNONE						
Nature	Valori Ex Ante		Valori Ex Post		Delta	Delta %
B.1) Costi interni	12.787	100%	9.511	100%	- 3.276	-26%
11-personale	7.628	60%	7.300	77%	- 328	-4%
13-altri beni e servizi	4.499	35%	1.988	21%	- 2.511	-56%
B.1) ACQUISTI DI BENI	1.865	15%	168	2%	- 1.697	-91%
13-01-altri beni sanitari	1.477	12%	112	1%	- 1.364	-92%
13-02-beni non sanitari	388	3%	55	1%	- 333	-86%
B.2) ACQUISTI DI SERVIZI	2.214	17%	1.671	18%	- 543	-25%
13-03-01-servizi appalti	858	7%	1.056	11%	198	23%
13-03-02-servizi utenze	525	4%	200	2%	- 326	-62%
13-03-03-01-consulenze-personale non dip. s.	308	2%	154	2%	- 154	-50%
13-03-03-03-altri servizi sanitari	522	4%	261	3%	- 261	-50%
13-03-03-04-altri servizi non sanitari	-	0%	-	0%	-	-
B.3) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE (ORD. EST.)	72	1%	50	1%	- 22	-30%
B.4) GODIMENTO DI BENI DI TERZI	198	2%	99	1%	- 99	-50%
B.9) ONERI DIVERSI DI GESTIONE	150	1%	-	0%	- 150	-100%
12-prodotti farmaceutici, emoderivati e dietetici*	585	5%	131	1%	- 455	-78%
30-ammortamenti e costi capitalizzati*	93	1%	93	1%	-	-
99-02-variazione rimanenze*	- 18	0%	-	0%	18	-100%
Ricavi da quota sociale	-	NA	628	NA	628	

Tabella 15– Sintesi conto economico *ex-ante* ed *ex-post* ospedale di Agnone

OSPEDALE DI LARINO						
Nature	Valori Ex Ante		Valori Ex Post		Delta	Delta %
B.1) Costi interni	27.892	100%	13.223	100%	- 14.669	-53%
11-personale	14.777	53%	6.919	52%	- 7.858	-53%
13-altri beni e servizi	12.281	44%	5.669	43%	- 6.612	-54%
B.1) ACQUISTI DI BENI	3.637	13%	163	1%	- 3.474	-96%
13-01-altri beni sanitari	3.048	11%	112	1%	- 2.936	-96%
13-02-beni non sanitari	589	2%	52	0%	- 537	-91%
B.2) ACQUISTI DI SERVIZI	6.325	23%	4.818	36%	- 1.507	-24%
13-03-01-servizi appalti	2.724	10%	2.382	18%	- 342	-13%
13-03-02-servizi utenze	411	1%	841	6%	430	105%
13-03-03-01-consulenze-personale non dip. s.	251	1%	126	1%	- 126	-50%
13-03-03-03-altri servizi sanitari	2.926	10%	1.463	11%	- 1.463	-50%
13-03-03-04-altri servizi non sanitari	13	0%	7	0%	- 7	-50%
B.3) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE (ORD. EST.)	897	3%	628	5%	- 269	-30%
B.4) GODIMENTO DI BENI DI TERZI	119	0%	60	0%	- 60	-50%
B.9) ONERI DIVERSI DI GESTIONE	1.303	5%	-	0%	- 1.303	-100%
12-prodotti farmaceutici, emoderivati e dietetici*	1.057	4%	142	1%	- 915	-87%
30-ammortamenti e costi capitalizzati*	494	2%	494	4%	-	-
99-02-variazione rimanenze*	- 717	-3%	-	0%	717	-100%
Ricavi da quota sociale	-	NA	628	NA	628	

Tabella 16– Sintesi conto economico *ex-ante* ed *ex-post* ospedale di Larino

OSPEDALE DI VENAFRO						
Nature	Valori Ex Ante		Valori Ex Post		Delta	Delta %
B.1) Costi interni	22.127	100%	10.908	100%	- 11.219	-51%
11-personale	13.714	62%	7.089	65%	- 6.625	-48%
13-altri beni e servizi	6.215	28%	3.380	31%	- 2.835	-46%
B.1) ACQUISTI DI BENI	3.740	17%	177	2%	- 3.563	-95%
13-01-altri beni sanitari	3.474	16%	118	1%	- 3.356	-97%
13-02-beni non sanitari	266	1%	58	1%	- 208	-78%
B.2) ACQUISTI DI SERVIZI	1.597	7%	2.660	24%	1.063	67%
13-03-01-servizi appalti	1.279	6%	1.992	18%	713	56%
13-03-02-servizi utenze	263	1%	641	6%	378	144%
13-03-03-01-consulenze-personale non dip. s.	-	0%	-	0%	-	-
13-03-03-03-altri servizi sanitari	5	0%	3	0%	- 3	-50%
13-03-03-04-altri servizi non sanitari	50	0%	25	0%	- 25	-50%
B.3) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE (ORD. EST.)	643	3%	450	4%	- 193	-30%
B.4) GODIMENTO DI BENI DI TERZI	185	1%	93	1%	- 93	-50%
B.9) ONERI DIVERSI DI GESTIONE	50	0%	-	0%	- 50	-100%
12-prodotti farmaceutici, emoderivati e dietetici*	1.698	8%	139	1%	- 1.559	-92%
30-ammortamenti e costi capitalizzati*	300	1%	300	3%	-	-
99-02-variazione rimanenze*	200	1%	-	0%	- 200	-100%
Ricavi da quota sociale	-	NA	628	NA	628	

Tabella 17 – Sintesi conto economico *ex-ante* ed *ex-post* ospedale di Venafro

Programma Operativo 3: Riqualificazione assistenza territoriale

Riqualificazione assistenza territoriale: valorizzazione manovre (€/mIn)		
	2011	2012
Riqualificazione assistenza territoriale	-	-
Sviluppo dell'assistenza primaria	-	-
Attivazione dei presidi territoriali di assistenza	-	-
Sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata	-	-
Sviluppo dell'assistenza oncologica domiciliare	-	-
Accordi con MMG, PLS, medici specialisti del territorio e i medici del 118 per attività in PTA	-	-
Aggiornamento Tariffe	-	-
Aggiornamento Tariffe	-	-

Tabella 18 – Sintesi manovre

Intervento 3.1: Sviluppo dell'assistenza primaria

Azione 3.1.1: Attivazione dei presidi territoriali di assistenza

Attualmente la Regione è dotata di 14 poliambulatori, alcuni dei quali sono stati potenziati e per alcuni di essi sono stati investiti finanziamenti ex art. 20 della legge 67/88 per il loro ammodernamento secondo progetti approvati dal Ministero della Salute (in particolare i poliambulatori di Riccia, Bojano e Trivento).

I Poliambulatori, gestiti dai Distretti e presenti all'interno delle sedi distrettuali, saranno convertiti in Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), conservando l'ubicazione originaria, nei tempi previsti dal crono programma riportato in Tabella 19.

Poliambulatorio da convertire in PTA	Cronoprogramma
S. Croce di Magliano	novembre-11
Riccia	novembre-11
Larino	novembre-11
Venafro	novembre-11
Castelmauro	dicembre-11
Bojano	gennaio-12
Trivento	marzo-12
Frosolone	marzo-12
Montenero di Bisaccia	marzo-12
Agnone	giugno-12
Isernia	2013
S. Elia a Pianisi	2013
Termoli	2013
Campobasso	2013

Tabella 19 – Cronoprogramma attivazione PTA

Il Presidio Territoriale di Assistenza, attraverso modalità organizzative del lavoro e di condivisione funzionale della struttura tra più professionisti (vedi Azione 3.1.4), è deputato alla integrazione delle attività già svolte a livello distrettuale avvalendosi dell'impegno del MMG, del PLS, del Medico di Continuità assistenziale, degli Specialisti e del personale infermieristico e dei medici del 118³, in attività assistenziali svolte in spazi predestinati comuni e con impegno orario a garanzia della fruibilità dei servizi stessi e della risposta alle urgenze classificabili come "codice bianco".

In particolare il PTA deve:

- garantire una risposta ai bisogni sanitari afferenti all'assistenza primaria per almeno 12 ore al giorno;
- garantire il controllo dell'appropriatezza prescrittiva, farmaceutica e specialistica ambulatoriale;
- ridurre i ricoveri ospedalieri inappropriati e i ricoveri ripetuti fornendo una alternativa di diagnosi, cura e assistenza;
- facilitare la formulazione di percorsi assistenziali condivisi tra ospedale e territorio con la diretta partecipazione dei medici ospedalieri;
- fornire attività specialistiche in collaborazione con gli specialisti del territorio e ospedalieri;
- abbattere conseguentemente le liste di attesa.

In particolare i PTA devono garantire:

- Un **punto di primo intervento** per la gestione delle urgenze differibili, ad attività H24 funzionale alla realizzazione di un programma di revisione e potenziamento della rete territoriale dell'emergenza-urgenza. Il modello organizzativo prevede un ambulatorio di continuità assistenziale per le urgenze ambulatoriali differibili gestite dai MMG e di Continuità Assistenziale nelle 12 ore diurne, integrato nelle ore notturne e nei giorni festivi e prefestivi dal servizio di continuità assistenziale.
- Un **ambulatorio infermieristico** dove il cittadino potrà recarsi per tutte quelle prestazioni che non necessitano del medico. Gli infermieri opereranno anche in collaborazione con i MMG, negli ambulatori, nelle attività specialistiche, nel punto prelievo dei Presidi Territoriali di Assistenza, nei prelievi a domicilio e, se necessario, nelle cure domiciliari.
- **Attività specialistiche** per le quali verranno attivate ore di specialistica nelle diverse branche, con frequenza da definire in base ai fabbisogni progressivamente rilevati. Le attività specialistiche saranno svolte sia da medici dipendenti sia da specialisti ambulatoriali convenzionati. Verranno attivate in un primo tempo in tutti i PTA le specialità di Cardiologia, Pneumologia, Diabetologia, Neurologia, Geriatria, Oculistica, Ostetricia e ginecologia e Otorinolaringoiatria, ove non già presenti. Gli specialisti partecipano al processo di deospedalizzazione dell'assistenza, e alla riduzione dei tempi di attesa concorrendo attivamente con il MMG al processo di presa in carico e di continuità assistenziale, operando in modo coordinato ed integrato al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza.
- **Assistenza farmaceutica territoriale** volta a garantire l'assistenza farmaceutica mediante la distribuzione diretta di farmaci e dispositivi medici per l'utilizzo interno e per il territorio, nonché mediante l'espletamento di altri compiti specificamente attribuiti. Il modello organizzativo e la

³ Attualmente sono presenti 90 medici sul territorio appartenenti al sistema 118 coadiuvati da 90 infermieri con una spesa stimata di circa 10 mln €.

declaratoria dei compiti istituzionali da attribuire a detta articolazione funzionale saranno oggetto di attenta valutazione a livello regionale avvalendosi di una commissione all'uopo costituita.

I medici che non saranno impegnati nei PTA, saranno inseriti in programmi territoriali per la promozione dell'associazionismo, potenziando conseguentemente le equipe territoriali (art. 15 DPR 271/2000) con la partecipazione attiva dell'ufficio di coordinamento delle attività territoriali. Lo strumento dell'accordo decentrato regionale consentirà di dare seguito a quanto originariamente previsto e non realizzato.

L'attivazione dei Presidi Territoriali di Assistenza e il concentramento di servizi sanitari offerti a livello territoriale potrà realizzare:

- la riduzione del tasso di ospedalizzazione per la popolazione afferente alla struttura;
- la riduzione di richieste di accesso del sistema di emergenza territoriale 118 nell'area afferente alla struttura con particolare riguardo ai codici bianchi;
- l'aumento del numero di prestazioni specialistiche erogate dalla struttura per abitante residente nel/nei distretti nei quali opera la struttura;
- l'aumento del numero di accessi per assistenza domiciliare integrata.

I risultati attesi verranno verificati confrontando per gli anni 2011 e 2012 rispetto all'anno 2010:

- il tasso di ospedalizzazione per la popolazione afferente alla struttura;
- le richieste di accesso del sistema di emergenza territoriale 118 nell'area afferente alla struttura con particolare riguardo ai codici bianchi;
- il numero di prestazioni specialistiche erogate dalla struttura per abitante residente nel/nei distretti nei quali opera la struttura;
- il numero di accessi per assistenza domiciliare integrata.

Molti dei costi di produzione da sostenere per l'attivazione e il mantenimento delle attività nei PTA non sono incrementalmente per il Sistema poiché già attualmente impattano sul proprio bilancio. Ribadendo che l'implementazione dei servizi sul territorio alternativi a quelli in acuzie permette di attivare un responsabile percorso di rimodulazione e riduzione dell'offerta ospedaliera, si possono certamente individuare alcuni ambiti che genereranno un risparmio superiore agli eventuali oneri aggiuntivi, generati dall'attivazione dei PTA, in particolare riferiti alla:

- riduzione dei costi derivante dalla contrazione degli accessi "impropri" al Pronto soccorso;
- riduzione degli attuali ricoveri ripetuti.

A seguito delle considerazioni riportate non viene considerata una valorizzazione relativa al risparmio generato dall'attivazione dei PTA, che è stata considerata cautelativamente come un'azione senza costi aggiuntivi.

Risultati programmati

A livello Regionale e ASReM:

- Riduzione del tasso di ospedalizzazione per la popolazione afferente alla struttura.
- Riduzione di richieste di accesso del sistema di emergenza territoriale 118 nell'area afferente alla struttura con particolare riguardo ai codici bianchi.
- Aumento del numero di prestazioni specialistiche erogate dalla struttura per abitante residente nel/nei distretti nei quali opera la struttura.
- Aumento del numero di accessi per assistenza domiciliare integrata.

A livello Regionale:

- Emanazione di specifico Decreto del Commissario ad Acta per l'approvazione delle linee guida regionali per l'istituzione ed il funzionamento dei Presidi territoriali di assistenza entro 30 settembre 2011.
- Attivazione dei Presidi territoriali di assistenza secondo il cronoprogramma riportato in Tabella 19.

Indicatori di risultato

A livello Regionale e ASReM:

- Tasso di ospedalizzazione per la popolazione afferente alla struttura anni 2011/2012 vs anno 2010;
- Richieste di accesso del sistema di emergenza territoriale 118 nell'area afferente alla struttura con particolare riguardo ai codici bianchi anni 2011/2012 vs anno 2010.
- Numero di prestazioni specialistiche erogate dalla struttura per abitante residente nel/nei distretti nei quali opera la struttura anni 2011/2012 vs anno 2010.
- Numero di accessi per assistenza domiciliare integrata anni 2011/2012 vs anno 2010.

A livello Regionale:

- Avvenuta emanazione di specifico Decreto del Commissario ad Acta per l'approvazione delle linee guida regionali per l'istituzione ed il funzionamento dei Presidi territoriali di assistenza al 30 settembre 2011.
- Numero di PTA attive su numero di PTA da attivare al 31 dicembre 2011.
- Numero di PTA attive su numero di PTA da attivare al 31 dicembre 2012.

Azione 3.1.2: Sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata

Il fabbisogno di ADI per la popolazione anziana, quella maggiormente interessata dall'attivazione dei servizi, secondo il progetto obiettivo "Tutela Salute degli Anziani del 1992", è posto al 5% degli ultra 65enni non ospitati in residenze assistenziali.

	Fabbisogno	2010	2011	2012
Casi ADI (>65 anni)	3.506	2.317	2.617	2.917
% anziani assistiti	5,0%	3,3%	3,7%	4,2%

Tabella 20 – Sintesi Assistenza Domiciliare Integrata

Come è riportato nella Tabella 20, nel 2010 sono stati trattati in Molise 2.317 pazienti ultra 65enni in ADI su un totale di 2.934 casi. Con un fabbisogno pari a 3.506 casi all'anno per la popolazione anziana (età > 65 anni), l'obiettivo stabilito nei presenti Programmi Operativi, è di assistere **ulteriori 300 pazienti ultra 65enni nel 2011** rispetto al 2010 e **ulteriori 300 pazienti ultra 65enni nel 2012** rispetto al 2011. Tale intervento consentirà di raggiungere un totale di 2.917 casi trattati all'anno, che, con una popolazione ultra 65enne residente in Molise pari a 70.130 abitanti, porta la percentuale di persone anziane assistite in ADI al 4,2%.

Le criticità principali riscontrate per quanto riguarda lo stato attuale dell'ADI in Molise sono:

- la mancanza di personale opportunamente formato per l'erogazione di servizi specializzati di ADI;
- la mancanza di una descrizione dettagliata della tipologia di prestazioni da erogare secondo una metodologia classificatoria chiara e condivisa tra i distretti;
- la scarsa efficienza organizzativa delle PUA e delle UVM;
- l'assenza di percorsi di formazione focalizzati per gli operatori coinvolti nelle PUA e nelle UVM;
- la mancanza di un sistema informativo consolidato che supporti la razionalizzazione e il monitoraggio delle attività di ADI.
- la mancanza di un sistema informatico gestionale che supporti l'organizzazione dei servizi e il processo di raccolta, gestione e analisi dei dati per il monitoraggio.

Allo stato attuale è in corso di valutazione il censimento del personale che a seguito della razionalizzazione degli stabilimenti di Venafro, Larino e in parte di Agnone, si renderà disponibile per il servizio di ADI. Inoltre è stata attivata la ricognizione del personale sul territorio che può essere riconvertito a tali attività. Appare fondamentale aggiungere che le professionalità richieste per le attività di ADI non sono le stesse ospedaliere, fatta eccezione per la componente infermieristica, quindi è necessario che la riconversione ad attività diverse da quelle svolte per anni sia accompagnato da un progetto di formazione mirato.

Con i presenti Programmi Operativi la Regione Molise intende superare le criticità riscontrate e, allo stesso tempo, potenziare il servizio incrementando sia nel 2011 sia nel 2012 il numero di assistiti in ADI.

L'incremento delle prestazioni di assistenza domiciliare integrata non comporterà nuovi oneri a carico del SSR in quanto si prevede l'impiego di risorse pubbliche che saranno rese disponibili tramite il processo di riorganizzazione della struttura della rete di offerta prevista nei presenti Programmi Operativi, e quindi già presenti nel sistema, in aggiunta alle Cooperative di servizi che ad oggi garantiscono il servizio.

Si sottolinea che il costo medio di un assistito in ADI è inferiore al costo medio sostenuto per ricoveri ospedalieri ripetuti di pazienti ultra 65enni, di conseguenza il potenziamento dell'ADI comporterà una riduzione della spesa sanitaria associata alla riduzione dei costi variabili ospedalieri sostenuti per ricoveri di pazienti anziani. In via cautelativa si è deciso di non valorizzare la riduzione di costi generata dall'intervento, che potrà essere determinato concretamente solo a posteriori.

Risultati Programmati

A livello Regionale e ASReM:

- Incremento di almeno 300 pazienti ultra 65enni presi in carico in ADI nel 2011 rispetto al 2010.
- Incremento di almeno 300 pazienti ultra 65enni presi in carico in ADI nel 2012 rispetto al 2011.

A livello Regionale:

- Elaborazione di un piano regionale per lo sviluppo dell'assistenza domiciliare che contenga una rivisitazione delle linee guida in precedenza emanate dalla Regione con una puntuale definizione delle tipologie di prestazioni da erogare secondo una metodologia classificatoria chiara e condivisa tra i distretti.
- Predisposizione di progetti formativi del personale medico e delle altre figure professionali e di aiuto alla persona che saranno impiegate nel servizio di ADI.
- Implementazione (con la cooperazione dell'ASReM) di un sistema informativo e sviluppo di un cruscotto per il monitoraggio dell'ADI basato su un sistema condiviso di raccolta, gestione e restituzione dei dati sanitari, con particolare attenzione al:
 - numero di anziani in assistenza domiciliare socio-assistenziale;
 - numero di anziani in assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari;
 - numero di disabili in assistenza domiciliare socio-assistenziale;
 - numero di disabili in assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari e sulla tipologia delle prestazioni erogate.
- Integrazione degli obiettivi del Direttore Generale coerenti con il Piano di assistenza domiciliare.

A livello ASReM:

- Conclusione del censimento del personale ospedaliero che si rende disponibile dalle riorganizzazioni in atto da destinare alle attività ADI e di censimento del personale territoriale.
- Rinnovo dell'accordo con le cooperative sulla base di un criterio di affidamento univoco dei servizi per tutto il territorio regionale e riformulazione del relativo sistema tariffario distinto per tipologia di prestazioni collegate al profilo di cura e alla natura del bisogno.
- Definizione del Piano Attuativo locale per ciascun Distretto, ove mancante, per l'assistenza domiciliare integrata.
- Messa a regime in tutti i Distretti della PUA, con particolare riferimento all'attivazione all'interno dei presidi territoriali di assistenza della funzione di decodifica della domanda di tutte le prestazioni erogate dal Distretto Socio Sanitario.
- Qualificazione e formalizzazione delle UVM, secondo un modello condiviso da tutti i distretti.
- Condivisione e messa a regime del Progetto di Assistenza Individualizzato (PAI), avvalendosi di strumenti di valutazione, quali la SVAMA e la SVA.Mdi (per le disabilità), che consentono l'individuazione dei livelli di intensità assistenziale sanitaria e socio-sanitaria.
- Definizione e attivazione dei percorsi di formazione condivisa degli operatori sanitari e socio-assistenziali coinvolti nella PUA e nelle UVM regionali.
- Implementazione (con la cooperazione della Regione) di un sistema informativo e sviluppo di un cruscotto per il monitoraggio dell'ADI basato su un sistema condiviso di raccolta, gestione e restituzione dei dati sanitari con particolare attenzione al:
 - Numero di anziani in assistenza domiciliare socio-assistenziale.
 - Numero anziani in assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari.

- Numero disabili in assistenza domiciliare socio-assistenziale.
- Numero di disabili in assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari e sulla tipologia delle prestazioni erogate.
- Utilizzo di un software messo a disposizione dalla Regione Molise per la gestione integrata dell'assistenza residenziale e semiresidenziale e l'assistenza domiciliare al fine di creare una rete dei servizi distrettuali su scala regionale e garantire il monitoraggio di tali forme di assistenza nel rispetto del D.M. 17.12.2008.

Indicatori di Risultato

A livello Regionale e ASReM:

- Differenza tra il numero di casi di ultra 65enni trattati in ADI previsti per il 2011 (pari a 2.617) rispetto al numero di casi effettivamente trattati al 31 dicembre 2011.
- Differenza tra il numero di casi di ultra 65enni trattati in ADI previsti per il 2012 (pari a 2.917) rispetto al numero di casi effettivamente trattati al 30 di giugno e al 31 dicembre 2012.

A livello Regionale:

- Emanazione di specifico decreto di adozione del Piano regionale per lo sviluppo dell'assistenza domiciliare entro il 31 ottobre 2011.
- Attivazione a livello distrettuale dei progetti formativi del personale medico e delle altre figure professionali e di aiuto alla persona che verranno impiegate nel servizio di ADI entro il 31 dicembre 2011.
- Attivazione del sistema informativo del cruscotto per il monitoraggio dell' ADI entro il 30 giugno 2012.
- Emanazione di un Decreto di assegnazione degli obiettivi al Direttore Generale entro il 31 ottobre 2011.

A livello ASReM:

- Conclusione del censimento del personale ospedaliero e territoriale da destinare alle attività di ADI entro il 31 ottobre 2011.
- Entità del personale da destinare alle attività ADI il 31 ottobre 2011.
- Percentuale del personale coinvolto nelle attività di ADI partecipante ai percorsi formativi integrati al 30 giugno 2012 e al 31 dicembre 2012.
- Sottoscrizione dell'accordo con le cooperative per la presa in carico dei pazienti assistiti in ADI entro il 31 ottobre 2011.
- Adozione del Piano Attuativo per lo sviluppo dell'assistenza domiciliare a livello locale/distrettuale entro il 31 dicembre 2011.
- Numero di PUA attivate e messe a regime su numero di PUA da attivare al 31 dicembre 2011.
- Emanazione di un documento riguardante la formalizzazione dell'UVM e condivisione a livello distrettuale entro il 31 ottobre 2011.
- Percentuale del personale coinvolto nella PUA e nelle UVM partecipante ai percorsi formativi integrati.
- Attivazione del sistema informativo del cruscotto per il monitoraggio dell'ADI entro il 30 giugno 2012.

- Percentuale di PUA nelle quali viene utilizzato il software messo a disposizione dalla Regione Molise per la gestione integrata dell'assistenza residenziale e semiresidenziale e l'assistenza domiciliare al 30 giugno 2012 e al 31 dicembre 2012.

Azione 3.1.3: Sviluppo dell'assistenza oncologica domiciliare

Con l'obiettivo di migliorare l'assistenza offerta ai pazienti affetti da patologie oncologiche, la Regione Molise si impegna, attraverso i presenti Programmi Operativi, ad implementare un modello basato sulla continuità tra l'assistenza oncologica ospedaliera e l'assistenza oncologica domiciliare.

Nei presenti Programmi Operativi si stabilisce che per ogni posto letto attivo/attivato in hospice, è necessario attivare 2 prestazioni equivalenti a livello domiciliare. Con successivo atto regionale, verranno definite le modalità per l'erogazione di tale servizio di prestazioni domiciliari.

L'istituzione delle prestazioni di assistenza oncologica domiciliare non comporterà nuovi oneri a carico del SSR in quanto non si prevede l'impiego di nuove risorse rispetto a quelle già presenti che saranno rese disponibili tramite il processo di riorganizzazione della struttura della rete di offerta prevista nei presenti Programmi Operativi.

Risultati programmati

A livello Regionale:

- Definizione delle modalità di erogazione dei servizi di assistenza oncologica domiciliare entro il 31 dicembre 2011.

A livello ASReM:

- Attivazione e messa a regime del servizio di assistenza oncologica domiciliare.

Indicatori di risultato

A livello Regionale:

- Avvenuta emanazione di specifico atto regionale che definisce le modalità di erogazione dei servizi di assistenza oncologica domiciliare al 31 dicembre 2011.

A livello ASReM:

- Numero di pazienti affetti da patologie oncologiche presi in carica a livello domiciliare al 31 dicembre 2012.

Azione 3.1.4: Accordi con MMG, PLS, medici specialisti del territorio e i medici del 118 per attività in PTA

Il DCA 20 del 30 giugno 2011 ha disposto la razionalizzazione dei piccoli ospedali e, nel lungo periodo, l'attivazione dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), che diventeranno punti di riferimento per un trattamento più appropriato dei pazienti a livello territoriale.

In tale ambito la Regione e l'ASReM si impegnano a supportare, tramite la definizione di specifici accordi regionali e locali, la creazione di forme di aggregazione di MMG, PLS, medici specialisti del territorio e medici del 118 e la definizione delle funzionalità che tali figure professionali dovranno svolgere presso ciascun PTA al fine di potenziare l'assistenza offerta a livello territoriale.

Risultati programmati

A livello Regionale:

- Decreti Commissario ad Acta di approvazione degli schemi di accordo integrativi con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i medici specialisti del territorio e i medici del 118 entro il 31 ottobre 2011.
- Sottoscrizione da parte della Regione di accordo tipo da sottoporre al Direttore Generale di ASReM entro il 31 ottobre 2011.

A livello ASReM:

- Sottoscrizione da parte dell'ASReM di specifici provvedimenti attuativi per l'integrazione delle attività delle figure professionali coinvolte nei PTA entro il 31 dicembre 2011.
- Sottoscrizione da parte dell'ASReM degli accordi integrativi con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i medici specialisti del territorio e i medici del 118, per disciplinare le modalità di accesso degli operatori ai presidi e la tipologia delle attività da svolgere all'interno dei PTA entro il 31 dicembre 2011.

Indicatori di risultato

A livello Regionale:

- Avvenuta sottoscrizione dell'accordo tipo da parte della Regione al 31 ottobre 2011.

A livello ASReM:

- Numero accordi sottoscritti su accordi previsti al 31 dicembre 2011.

Intervento 3.2: Aggiornamento tariffe

Azione 3.2.1: Aggiornamento tariffe

L'aggiornamento delle tariffe vigenti rappresenta la logica conseguenza delle azioni di ridefinizione dei livelli prestazionali, di ridefinizione dei fabbisogni e della migliore specificazione dei requisiti di autorizzazione e accreditamento.

Sia il DCA n 48 del 2 luglio 2010 relativo alle tariffe per le prestazioni ospedaliere, sia la proposta di decreto inviata in data 23 maggio 2011 relativa alle tariffe di specialistica ambulatoriale non hanno ricevuto l'approvazione da parte dei Ministeri affiancanti.

La determinazione delle nuove tariffe avverrà ai sensi del D.Lgs 502/92, art. 8 sexies comma 5. Saranno cioè determinate "le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, in base ai costi standard di produzione e di quote standard di costi generali, calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate, preventivamente selezionate secondo

criteri di efficienza, appropriatezza e qualità della assistenza". Per quanto riguarda la specialistica, le tariffe saranno determinate secondo il DM del 22 luglio 1996.

In fase di adozione delle nuove tariffe sarà inoltre considerata:

- la compatibilità con i requisiti di accreditamento;
- la sostenibilità per il SSR sulla base del fabbisogno determinato (anche in considerazione dei risparmi derivanti da altre azioni del presente programma).

Il processo di definizione del nuovo tariffario prevederà quindi le seguenti attività:

- definizione del modello per il calcolo delle tariffe;
- definizione del set informativo necessario per l'alimentazione del modello di simulazione;
- identificazione di un campione rappresentativo di strutture "virtuose" regionali, preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità della assistenza;
- avvio procedure di rilevazione/raccolta delle informazioni di costo delle strutture accreditate utili alla determinazione delle nuove tariffe;
- verifica di qualità e consistenza del dato;
- determinazione delle nuove tariffe.

Risultati programmati

A livello Regionale:

- Avvio del processo di determinazione delle nuove tariffe, verifica della compatibilità con i requisiti, con i fabbisogni e con gli oneri complessivi derivanti per il SSR ed emanazione di apposito documento.

Indicatori di risultato

A livello Regionale:

- Conclusione del processo di determinazione delle nuove tariffe, e loro successiva adozione entro il biennio 2011 - 2012.

Programma Operativo 4: Razionalizzazione gestione del personale

Razionalizzazione gestione del personale: valorizzazione manovre (€/mIn)		
	2011	2012
Razionalizzazione gestione del personale	12,4	19,7
Contenimento della spesa per il personale	12,4	19,7
Attuazione del blocco del <i>turn over</i> e delle misure di contenimento del costo del personale	8,0	15,3
Contenimento della spesa per il personale a tempo determinato	3,1	3,1
Analisi della corretta definizione dei livelli retributivi	-	-
Riduzione dei fondi della contrattazione integrativa	-	-
Contenimento della spesa per prestazioni aggiuntive	0,5	0,5
Interventi derivanti dalla normativa finanziaria	0,8	0,8
Ridefinizione delle strutture organizzative e Programmazione delle Risorse Umane	-	-
Regolamento per la mobilità del personale	-	-
Verifica sull'esercizio di mansioni non corrispondenti alle qualifiche di appartenenza ed eventuale riallocazione	-	-
Gestione del servizio mensa e/o dell'esercizio del diritto alla mensa con modalità sostitutiva (buoni pasto)	-	-
Formazione del personale	-	-
Valutazione delle performance del personale e azioni di adeguamento al D.lgs 150/2009	-	-
Corretto utilizzo di Internet	-	-

Tabella 21 – Sintesi manovre

Intervento 4.1: Contenimento della spesa per il personale

Azione 4.1.1: Attuazione del blocco del *turn over* e delle misure di contenimento del costo del personale

In applicazione dell'art. 2, comma 2 bis del D.L. 125 del 08 Agosto 2010 convertito in L. 163 del 01 ottobre 2010, è disposto per le Regioni sottoposte al Piano di Rientro dai disavanzi sanitari ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il blocco automatico del *turn over* del personale dipendente e del personale convenzionato.

L'art. 1 comma 52 Legge 13 dicembre 2010 n. 220 ha inserito la seguente disposizione "Qualora i citati tavoli tecnici di verifica dell'attuazione dei piani accertino l'attuazione degli stessi in misura parziale, entro il predetto termine del 31 ottobre 2010 non operano le citate misure del blocco automatico del *turn over* nel limite del 10% e in correlazione alla necessità di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza".

Tale disposizione, allo stato attuale, non trova applicazione poiché i Tavoli tecnici per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, hanno rilevato, le condizioni per l'applicazione, tra le misure, del blocco automatico del *turn over* del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso.

L'art. 9, comma 28 Legge 122/2010 dispone che gli enti del SSR si possono avvalere di personale a tempo determinato o con convenzioni ovvero con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, nel limite del 50% della spesa sostenuta per le stesse finalità nell'anno 2009. Per le medesime amministrazioni la spesa per personale relativa a contratti di formazione lavoro, ad altri rapporti formativi, alla somministrazione di lavoro, nonché al lavoro accessorio di cui all'articolo 70, comma 1, lettera d) del decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276, e successive modificazioni ed integrazioni, non può essere superiore al 50% di quella sostenuta per le rispettive finalità nell'anno 2009.

La predetta disposizione, anche per espresso riconoscimento del medesimo disposto normativo in cui si colloca, costituisce, per le Regioni, principio d'indirizzo del quale la Regione Molise prende atto e si impegna ad attivare misure conseguenti, comunque nel rispetto della salvaguardia dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Considerato quanto esposto, si dispone, per gli anni 2011 e 2012, per l'Azienda Sanitaria della Regione Molise il divieto di procedere ad assunzioni di personale sia a tempo indeterminato che a tempo determinato⁴, ovvero dell'attuazione del blocco totale del *turn over* (relativo all'arco temporale di operatività dell'art. 1 comma 52 Legge 13 dicembre 2010 n. 220). In particolare ciò si declina nel rispetto degli obiettivi di risparmio di cui alla manovra per il contenimento della spesa per il personale del presente Programma Operativo, comunque, con l'obbligo di assicurare Livelli Essenziali di Assistenza.

L'ASReM dovrà compilare ed inviare alla Regione le Tabelle 5 e 6 del Conto Annuale ISTAT mensilmente.

L'ASReM, inoltre, non potrà acquisire in *outsourcing* servizi finalizzati all'espletamento di funzioni e attività oggetto dei divieti di cui sopra.

Con riguardo ai medici specialisti ambulatoriali si dispone sino al 31 dicembre 2012 il divieto di:

- trasformare i contratti a tempo determinato in contratti a tempo indeterminato;
- attivare e mettere a bando nuovi turni o conferimenti di nuovi incarichi per ore di attività;
- ampliare i turni in atto attraverso la copertura di quelli divenuti vacanti;
- conferire incarichi provvisori;
- conferire a qualsiasi titolo ore divenute vacanti.

Il complesso delle disposizioni dirette al contenimento della spesa per il personale devono tener conto delle seguenti indicazioni:

- il trattenimento in servizio di un biennio viene equiparato ad una nuova assunzione, allo stato condizionata dal blocco del *turn over*;

⁴ Fatto salva la possibilità di rinnovo dei contratti a tempo determinato come specificato in seguito.

- sebbene l'art. 22 legge 4 novembre 2010 n. 183 dispone che il limite massimo di età per il collocamento a riposo per i dirigenti medici e del ruolo sanitario del SSN, ivi compresi i responsabili di struttura complessa, è stabilito al compimento del 65° anno di età, ovvero, su istanza dell'interessato al maturare del 40° anno di servizio effettivo, per effetto delle disposizioni del presente Programma Operativo, tale disposizione trova difficile attuazione in ragione del blocco del *turn over*;
- l'art. 12 comma 1 D.L. 31 maggio 2010 n. 78 convertito in Legge 31 luglio 2010 n. 122 prevede che a decorrere dal 01 gennaio 2011 l'accesso al pensionamento sia conseguito decorsi 12 mesi dalla maturazione dei requisiti.

Per l'attuazione dell'intervento in oggetto si prevede l'inserimento tra gli obiettivi del Direttore Generale di ASReM del rispetto delle indicazioni di cui sopra.

La mancata attuazione degli interventi necessari al conseguimento dei risultati programmati costituirà inadempimento ai fini della valutazione del Direttore Generale; a tal proposito quest'ultimo dovrà fornire evidenza alla Regione di aver declinato gli obiettivi Aziendali, specificando le figure coinvolte e le relative responsabilità, tra i criteri di valutazione dell'operato dei dirigenti, con rapporto di lavoro esclusivo e non, responsabili di struttura semplice e/o complessa, concorrendo a determinare la componente variabile della loro retribuzione.

Risultati programmati

A livello Regionale:

- Riduzione del costo del personale per effetto del blocco del *turn over* negli anni 2011 e 2012.

A livello ASReM:

- Attuazione del blocco del *turn over*.
- Definizione dei criteri di assegnazione della componente variabile della retribuzione dei Dirigenti di ASReM in relazione ai contenuti del presente Programma operativo.
- Invio alla Regione delle Tabelle 5 e 6 del Conto Annuale ISTAT con cadenza mensile.

Indicatori di risultato

A livello Regionale:

- Variazione economica in relazione alla variazione della consistenza numerica del personale dipendente del SSR (personale a tempo indeterminato) nel 2011-2012 rispetto al 2010.

A livello ASReM:

- Avvenuta emanazione dei criteri di definizione della componente variabile della retribuzione dei dirigenti di ASReM, in relazione ai contenuti del presente Programma Operativo entro il 31 dicembre 2011.
- Invio alla Regione delle Tabelle 5 e 6 del Conto Annuale ISTAT relative ai primi 5 mesi del 2011 (01/01-31/05) e a partire dal 31 luglio 2011 con cadenza mensile.

Azione 4.1.2: Contenimento della spesa per il personale a tempo determinato

Con riferimento alle misure di riduzione della spesa per il personale a tempo determinato l'ASReM ha prorogato i contratti a tempo determinato in scadenza al 30 giugno 2011, ma riducendo la spesa per tale personale nella misura del 20% rispetto al consuntivo indicato nelle Tabelle 2 "Consuntivo" 2010 previste dal Piano di Rientro. In ogni caso permane il divieto di stipulare nuovi contratti.

ASReM dovrà quindi porre in essere tutte le misure e gli accorgimenti organizzativi volti a far sì che la spesa per il personale a tempo determinato o con convenzioni, ovvero con contratti di collaborazione coordinata e continuativa o relativa a contratti di formazione lavoro, ad altre tipologie di lavoro flessibile diminuisca nel rispetto della salvaguardia dei Livelli Essenziali di Assistenza. Si specifica che il personale a tempo determinato deve essere preferibilmente orientato sul territorio e i relativi rinnovi contrattuali devono tenere in considerazione, in maniera proporzionale, il numero di prestazioni da svolgere nell'arco temporale previsto.

Per l'attuazione dell'intervento in oggetto si prevede la definizione di una procedura che rilevi tempestivamente tutti i dettagli relativi alla spesa sostenuta per il personale a tempo determinato o con convenzioni, ovvero con contratti di natura flessibile, ed i dettagli relativi alla spesa sostenuta per gli specialisti ambulatoriali (ad es. l'ASReM dovrà fornire mensilmente informazioni sulla scadenza del contratto, sull'attività svolta e sulla unità operativa presso cui è in forza oltre che ai relativi dati di costo del lavoro), al fine di creare un database che consenta un monitoraggio tempestivo.

Risultati programmati

A livello Regionale:

- Creazione di un database regionale per il monitoraggio della spesa per il personale a tempo determinato o con convenzioni e della spesa per gli specialisti ambulatoriali.

A livello ASReM:

- Realizzazione della riduzione del 20% su base annua sulla proroga dei contratti a tempo determinato in scadenza al 30 giugno 2010.

Indicatori di risultato

A livello Regionale:

- Procedura di monitoraggio della spesa per il personale a tempo determinato o con convenzioni e della spesa per gli specialisti ambulatoriali avviata entro il 30 settembre 2011.

A livello ASReM:

- Avvenuta proroga dei contratti a tempo determinato in scadenza al 30 giugno 2011 e misura della variazione economica della spesa rispetto ai dati riportati in Tabella 2 dei Piani di Rientro - Consuntivo 2010 - da realizzarsi entro il 31 dicembre 2011.

Azione 4.1.3: Analisi della corretta definizione dei livelli retributivi

L'attività di corretta definizione dei livelli retributivi, quale processo articolato e complesso, che si svilupperà attraverso varie fasi, sarà finalizzata alla verifica della corretta definizione

delle competenze stipendiali per le differenti aree contrattuali. In Tabella 22 è esposto il confronto tra le retribuzioni medie Nazionali⁵ per il comparto Sanitario e quelle molisane⁶ per l'anno 2009. Il confronto tra i livelli retributivi 2010 sarà possibile dopo il consolidamento dei dati di conto annuale da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

	Dirigenti Medici			Dirigenti non medici			Comparto		
	Media Nazionale	Molise	Δ*	Media Nazionale	Molise	Δ*	Media Nazionale	Molise	Δ*
Totale Voci Stipendiali	48.022	49.330	3%	44.589	45.910	3%	25.390	25.665	1%
Totale Indennità fisse e Accessori	24.014	35.127	32%	18.232	29.678	39%	4.587	3.371	-36%
Retribuzione complessiva	72.036	84.457	15%	62.821	75.588	17%	29.977	29.036	-3%

Δ*=(Valore Molise-Media Nazionale)/Molise

Tabella 22 – Confronto Retribuzioni Media Nazionale vs Retribuzione Molise

Dal confronto dei dati emerge che i livelli retributivi molisani sono maggiori rispetto a quelli medi nazionali.

In linea generale le attività si baseranno sull'analisi puntuale di tutto il processo stipendiale: dalla rilevazione delle presenze alla liquidazione e al pagamento degli stipendi.

L'obiettivo di tale attività sarà la raccolta di dati ed informazioni necessarie alla verifica del corretto comportamento di ASReM rispetto alle disposizioni normative e contrattuali vigenti.

L'attività consisterà nella verifica della corretta applicazione delle disposizioni previste dalle varie categorie contrattuali e avrà i seguenti obiettivi:

- evidenziare le situazioni non corrette e/o anomale;
- individuare la presenza di accordi e contratti di vario tipo che impegnano l'Azienda verso i dipendenti, ma che potrebbero essere in contrasto con la normativa vigente in materia;
- evidenziare l'introduzione nei cedolini di eventuali voci stipendiali non dovute.

In particolare il *team* di lavoro che effettuerà la corretta definizione dei livelli retributivi procederà ad esaminare i fascicoli inerenti il personale, le caratteristiche specifiche per le singole categorie e livelli contrattuali, i dati di contabilità gestionale, i documenti previsionali delle competenze accessorie nonché il relativo diritto alla percezione delle stesse.

Al fine di verificare la correttezza delle procedure di determinazione degli stipendi sarà necessario avviare tale attività sulla base dei seguenti approcci:

- un approccio analitico con le verifiche a campione (statisticamente significativo) sulle voci stipendiali di maggiore interesse o problematicità per l'Azienda;
- test specifici sugli adempimenti periodici dell'azienda al fine di verificarne la correttezza;

⁵ Fonte: Ragioneria dello stato – CA 2009, Tavole di retribuzione media pro-capite per qualifica

⁶ Fonte: CA 2009 Molise. Rispetto ai valori di [Tabella 25 - Costo medio annuo del personale \(oneri riflessi inclusi\)](#) non sono qui considerate le competenze relative agli oneri riflessi e gli aumenti contrattuali per il biennio 2008-2009 della dirigenza.

- verifica della congruità e sensibilità dei dati rispetto a quelli dell'area contrattuale di riferimento.

L'avvio delle attività è previsto per settembre 2011.

Risultati programmati

A livello Regionale:

- Verifica della corretta applicazione delle disposizioni contrattuali da parte della Regione.
- Segnalazione, da parte della Regione, delle eventuali anomalie individuate ai referenti aziendali al fine di procedere alla correzione/rettifiche delle stesse.

Indicatori di risultato

A livello Regionale:

- Redazione di specifico *report* periodico inerente lo stato di avanzamento lavori del processo di corretta definizione dei livelli retributivi nel biennio 2011 – 2012 a partire dal 30 settembre 2011.
- Redazione di *report* finale sulle risultanze emerse dal processo di corretta definizione dei livelli retributivi nel biennio 2011 – 2012 entro il 31 dicembre 2012.

Azione 4.1.4: Riduzione dei fondi della contrattazione integrativa

In coerenza con la ridefinizione del fabbisogno di personale e delle dotazioni organiche di ASREM occorre prevedere la rideterminazione dei fondi integrativi aziendali, nel rispetto delle indicazioni previste dai CC.NN.LL. e dell'art. 9 comma 2 - bis, L. 122/2010, il quale stabilisce, sino al 31 dicembre 2013, che l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, non può superare il corrispondente importo dell'anno 2010 ed è, comunque, automaticamente ridotto in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio.

La Regione dovrà intervenire:

- mediante la costituzione di un gruppo di lavoro del quale faranno parte anche le figure competenti in tema di fondi in ambito aziendale;
- informando le organizzazioni sindacali firmatarie dei contratti del comparto sanitario (area dirigenza medico-veterinario; area dirigenza SPTA; area comparto).

Sarà, inoltre, attivata presso la Direzione Personale dell'Assessorato, una specifica funzione di monitoraggio per la puntuale e tempestiva verifica del relativo effetto sui conti economici consuntivi di ASReM per l'anno 2011 entro il 31 luglio 2012.

Resta inteso che la determinazione dei fondi contrattuali, secondo le linee di indirizzo, dovrà compiersi dal 1 gennaio di ogni anno, tenendo conto anche di quanto disposto dall'art. 9 comma 2 bis del D.L. 78/2010.

La mancata attuazione degli interventi necessari al conseguimento dei risultati programmati costituirà inadempimento ai fini della valutazione del Direttore Generale; a tal proposito quest'ultimo dovrà fornire evidenza alla Regione di aver declinato gli obiettivi Aziendali, specificando le figure coinvolte e le relative responsabilità, tra i criteri di valutazione

dell'operato dei dirigenti, con rapporto di lavoro esclusivo e non, responsabili di struttura semplice e/o complessa, concorrendo a determinare la componente variabile della loro retribuzione.

Risultati programmati

A livello Regionale:

- Attivazione di una specifica funzione di monitoraggio dell'effetto sui conti economici consuntivi
- Verifica dell'avvenuta rideterminazione dei fondi contrattuali aziendali previsti per gli anni 2011, 2012.

A livello ASReM:

- Rideterminazione dei fondi integrativi aziendali.
- Accordo con le rappresentanze sindacali sulle azioni per la rideterminazione dei fondi integrativi aziendali.

Indicatori di risultato

A livello Regionale:

- Attivazione di una specifica funzione di monitoraggio dell'effetto sui conti economici consuntivi entro il 31 luglio 2012.
- Scostamento economico tra erogato di competenza e deliberato.

A livello ASReM:

- Informativa alle rappresentanze sindacali di cui sopra.
- Avvenuto adeguamento dei fondi contrattuali entro il 31 dicembre 2011.

Azione 4.1.5: Contenimento della spesa per prestazioni aggiuntive

Con DCA 4/2010 è stata disposta la riduzione del 10% dei tetti di spesa per l'anno 2010, per il ricorso all'acquisto delle prestazioni aggiuntive di cui all'art.55, comma2, del C.C.N.L. Area della Dirigenza Medica e Veterinaria dell'8 giugno 2000, stabilito per l'ASREM con deliberazione di Giunta Regionale n553 del 30 maggio 2007, in attuazione dell'obiettivo 3.2 previsto nel Piano di rientro 2007-2009, che risultano quindi essere pari ad €2.524.500,00 (2.805.000,00 – 10%).

Per gli anni 2011 e 2012 la spesa non potrà superare il 75% della spesa sostenuta nel 2010 per prestazioni aggiuntive.

La programmazione dell'attività aggiuntiva per gli anni 2011 e 2012 dovrà essere sottoposta dall'ASReM alla preventiva autorizzazione regionale, fermo restando che le attività per progetti di attività aggiuntiva dovranno essere svolte al di fuori dell'orario di servizio e la rilevazione delle relative prestazioni dovrà essere effettuata con i sistemi automatici di rilevazione delle presenze, mediante apposito codice di attività. In mancanza del rispetto di quanto sopra disposto non sarà consentita la liquidazione delle prestazioni svolte.

Resta fermo che tali attività dovranno essere espletate al di fuori dell'orario di servizio e le relative prestazioni dovranno essere accertate tramite i sistemi automatici di rilevazione delle

presenze mediante codice di attività dedicato. In mancanza del rispetto di quanto sopra disposto non sarà consentita la liquidazione delle prestazioni svolte. Dovrà essere altresì effettuata una valutazione comparativa tra attività rese in orario ordinario e attività rese con l'applicazione dell'istituto delle prestazioni aggiuntive.

Al riguardo il Direttore Generale di ASReM predisporrà a cadenza trimestrale un programma preliminare di monte ore da dedicare alle prestazioni aggiuntive necessarie per assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza, in considerazione del perdurante blocco totale del *turn over*.

Tali atti devono necessariamente assicurare il conformarsi al progressivo abbattimento delle prestazioni in parola, che dovrà completarsi entro il 2012.

Al fine di assicurare l'effettiva implementazione in ciascuna struttura dell'intervento descritto, al Direttore Generale di ASReM saranno assegnati obiettivi coerenti con quanto sopra descritto.

Le disposizioni incluse in quest'azione devono essere emanate tramite specifico provvedimento aziendale.

Risultati programmati

A livello Regionale:

- Monitoraggio trimestrale regionale della spesa per prestazioni aggiuntive, tramite la voce del Piano dei Conti Regionale 09.01.16.07 "Attività aggiuntiva ex art. 55 CC.NN.LL. dirigenza medica e Veterinaria" confluita nella voce CE B02425, che dovrà essere utilizzata per appostare i costi relativi alle prestazioni aggiuntive.

A livello ASReM:

- Riduzione progressiva di spesa per prestazioni aggiuntive.

Indicatori di risultato

A livello ASReM:

- Emanazione del provvedimento aziendale contenente disposizione in materia di prestazioni aggiuntive entro il 30 settembre 2011.
- Riduzione rispetto ai costi sostenuti nel 2010 per prestazioni aggiuntive entro il parametro sopra indicato.

Azione 4.1.6: Interventi derivanti dalla normativa finanziaria

In applicazione del comma 14 dell'art. 61 L. 133/2008 a decorrere dalla data di conferimento o di rinnovo degli incarichi i trattamenti economici complessivi spettanti al Direttore Generale, Direttori Sanitari, Direttori Amministrativi ed i compensi spettanti ai componenti dei collegi sindacali della ASL, AO, AOU e IRCCS sono stati rideterminati con una riduzione del 20% rispetto all'ammontare risultante alla data del 30 giugno 2008.

In applicazione a quanto stabilito al comma 3 dell'art. 6 del D.L. 78/2010 a decorrere dal 01.01.2011 sono ridotti del 10% i compensi spettanti agli altri organi collegiali rispetto ai compensi risultanti alla data del 30.04.2010.

È disposto a livello regionale, con DCA 54/2010 e DCA 67/2010, un progressivo abbattimento della spesa per incarichi di consulenza non sanitaria nella misura del 20% per il periodo Agosto- Dicembre 2010.

Tenuto conto di quanto stabilito al comma 7 dell'art. 6 del D.L. 78/2010, con DCA 54/2010 e DCA 67/2010, è stato previsto un progressivo abbattimento della spesa per incarichi di consulenza sanitaria nella misura del 20% per il periodo Agosto- Dicembre 2010

Il DL 78/2010 definisce che la spesa in consulenze sanitarie non può essere superiore al 70% di quella sostenuta nell'anno 2009, tenuto, comunque, conto anche delle scadenze contrattuali.

All'interno dei limiti economici sopra indicati, le nuove consulenze dovranno essere attivate esclusivamente previa espressa autorizzazione regionale, sussistendo la possibilità di ricontrattualizzazione.

A decorrere dall'anno 2011 l'ASReM non potrà effettuare spese per relazioni pubbliche, convegni, mostre, pubblicità e di rappresentanza. In ogni caso gli eventi, che non devono comportare aumento delle spese destinate in bilancio alle predette finalità, si devono svolgere al di fuori dall'orario di ufficio. Il personale che vi partecipa non ha diritto a percepire compensi per lavoro straordinario ovvero indennità a qualsiasi titolo. Tale disposizione può essere derogata solo nel caso in cui le spese da sostenere siano totalmente coperte da contributi "ad hoc" a carico di fondi privati.

A decorrere dall'anno 2011, inoltre, l'Azienda Sanitaria non può effettuare spese per missioni, anche all'estero, per un ammontare superiore al 50 % della spesa sostenuta nell'anno 2009.

A decorrere dall'anno 2011, le spese non obbligatorie, non espressamente affrontate dai presenti Programmi Operativi, devono essere azzerate.

Le disposizioni incluse in quest'azione devono essere emanate tramite specifico atto aziendale.

L'attività di monitoraggio di tale intervento sarà svolta dal Nucleo di Coordinamento e controllo del Piano Operativo all'interno delle procedure di monitoraggio dei Conti Economici dell'ASReM.

La mancata attuazione degli interventi necessari al conseguimento dei risultati programmati costituirà inadempimento ai fini della valutazione del Direttore Generale.

Risultati Programmati

A livello Regionale:

- Riduzione compensi Organi Collegiali.

A livello ASReM:

- Contenimento costi per consulenze.
- Azzeramento spese non obbligatorie.
- Emanazione provvedimento aziendale contenente disposizione in materia interventi derivanti dalla norma finanziaria.

Indicatori di risultato

A livello Regionale:

- Spesa 2011 e 2012 su spesa attuale per compensi Organi Collegiali.

A livello ASReM:

- Spesa 2011 e 2012 su spesa attuale per consulenze.
- Spesa non obbligatoria per gli anni 2011 e 2012.
- Emanazione provvedimento aziendale di recepimento delle disposizioni derivanti dalla norma finanziaria.

Azione 4.1.7: Ridefinizione delle strutture organizzative e Programmazione delle Risorse Umane

A seguito della ridefinizione delle strutture organizzative in esito alla razionalizzazione della rete ospedaliera e dell'offerta ospedaliera a carico del SSR, ASReM dovrà definire il proprio Atto Aziendale.

L'ASReM quindi procederà in primo luogo alla verifica degli incarichi dirigenziali, delle posizioni organizzative e dei coordinamenti compatibilmente alle risorse disponibili nei fondi contrattuali come rideterminati dalla verifica regionale.

L'affidamento di nuovi incarichi, posizioni e coordinamenti, potrà avvenire esclusivamente nel limite di fondi contrattuali come rideterminati dalla verifica regionale, secondo le disposizioni dell'art. 9 comma 2 bis L. 122/2010 ovvero a seguito di rideterminazione della dotazione organica che tenga conto del nuovo atto aziendale.

ASReM non potrà prevedere e conferire incarichi dirigenziali, posizioni organizzative e coordinamenti finanziati con fondi a carico del bilancio aziendale.

L'ASReM dovrà infine procedere alla revisione delle consistenze organica del proprio personale, tenendo conto delle azioni della riorganizzazione ad oggi in fase di attuazione, della revisione delle strutture e della necessità di sviluppo e valorizzazione delle professionalità esistenti, individuando per ogni qualifica e ruolo il numero complessivo di personale di cui necessitano.

L'ASReM dovrà tenere conto altresì dei seguenti elementi:

- volume previsto delle attività aziendali pesate per la loro complessità assistenziale;
- stagionalità della domanda;
- appropriatezza delle prestazioni rese;
- forme di organizzazione dei servizi e dei processi assistenziali;
- efficienza dei processi;
- produttività del personale;
- forza lavoro attuale in termini quantitativi e qualitativi, anche in relazione ai singoli Servizi/Uffici ai fini della pianificazione dei processi di adeguamento;
- grado di utilizzazione della forza lavoro attuale, articolata per profili professionali (competenze), anche in relazione alle attività suscettibili di sviluppo, ovvero di riduzione o trasformazione e di adeguamento;
- forme di automazione attuali (o possibili) dei processi economici aziendali, in grado di ridurre il fabbisogno di personale o variare le competenze richieste;
- contenimento strutturale della spesa del personale secondo le disposizioni vigenti.

Per il monitoraggio dell'intervento, saranno attivate specifiche rilevazioni ad hoc, le cui informazioni saranno raccolte in un database regionale al fine di monitorare in progress lo stato di attuazione degli interventi presso ASReM.

Il Responsabile dei Servizi del Personale aziendale compilerà gli schemi predisposti per la rilevazione di tali informazioni e insieme al Direttore Generale ne certificherà la correttezza e la precisione.

Poiché tale mappatura del personale è vincolante per monitorare le modalità con cui il personale sarà allocato nei servizi sanitari, il Direttore Generale di ASReM dovrà fornire evidenza alla Regione di aver recepito il corretto completamento degli schemi inviati tra i criteri di valutazione dell'operato dei Responsabili dei Servizi del Personale, concorrendo a determinare la componente variabile della loro retribuzione.

La mancata attuazione degli interventi necessari al conseguimento dei risultati programmati, così come verrà rilevato dalla Regione in fase di monitoraggio, costituirà comunque inadempimento ai fini della valutazione del Direttore Generale.

Risultati Programmati

A livello ASReM:

- Predisposizione del nuovo Atto Aziendale.
- Definizione delle modalità di attuazione delle azioni di competenza in base a specifici crono programmi verificati e monitorati dal Nucleo di Coordinamento e Controllo del Piano Operativo.
- Ridefinizione delle dotazioni organiche.
- Organizzazione dipartimentale dell'attività dei presidi ospedalieri.

- Individuazione delle strutture semplici, dipartimentali e complesse nonché delle posizioni organizzative e dei coordinamenti in riduzione rispetto alle preesistenti.
- Quantificazione del personale in esubero e/o non assegnato alle effettive mansioni di appartenenza definito per ruolo, profilo e categoria in ragione delle programmate dismissioni, riconversioni e confluenze dei presidi ospedalieri interessati alla riorganizzazione, sia nell'ambito delle attività di ricovero che nell'ambito di quelle territoriali.
- Definizione di un *database* a livello regionale e di flussi di alimentazione per il monitoraggio sistematico della transizione dalle attuali configurazioni organizzative a quelle definite nei nuovi atti Aziendali.

Indicatori di risultato

A livello ASReM:

- Adozione del nuovo Atto Aziendale e della dotazione organica.
- Trasmissione alla Regione dell'Atto Aziendale entro la data stabilita, con allegata la rideterminazione della dotazione organica.
- Avvenuta predisposizione del *database* del personale in servizio al 31 giugno 2012.
- Popolamento del *database* con i dati relativi al personale.

Azione 4.1.8: Regolamento per la mobilità del personale

La Regione, anche in funzione della ridefinizione della rete ospedaliera ed alla riprogettazione delle unità operative sanitarie e non sanitarie, procederà alla regolamentazione delle modalità e procedure di gestione del personale eventualmente in esubero a livello regionale mediante l'emanazione di uno specifico Atto di Indirizzo a seguito di confronto con le Organizzazioni Sindacali.

Ferma restando l'autonomia aziendale e lo specifico ruolo della contrattazione collettiva integrativa nei processi di riorganizzazione sulla mobilità del personale, la Regione si impegna a confrontarsi con le Organizzazioni Sindacali sul contenuto degli atti di programmazione regionali implicanti la ristrutturazione del Servizio Sanitario Regionale, al fine di operare una valutazione preventiva delle possibili ripercussioni sui livelli occupazionali.

Risultati programmati

A livello ASReM:

- Adozione del Regolamento per la mobilità del personale in esubero a seguito della riorganizzazione dei servizi.
- Ricognizione delle unità di personale in mobilità secondo i criteri stabiliti dal regolamento di mobilità.

Indicatori di risultato

A livello ASReM:

- Avvenuta adozione del Regolamento per la mobilità del personale in esubero a livello regionale entro il 31 dicembre 2011.

Azione 4.1.9: Verifica sull'esercizio di mansioni non corrispondenti alle qualifiche di appartenenza ed eventuale riallocazione

E' disposta la verifica delle situazioni di esercizio di fatto di mansioni non corrispondenti alle qualifiche di appartenenza, o riconoscimenti di minore aggravio, e la restituzione, qualora sussistessero le condizioni, dei dipendenti allo svolgimento dei compiti propri del profilo professionale di inquadramento.

L'Azienda dovrà trasmettere alla Regione gli esiti della verifica per poter avviare il processo di mobilità verso attività compatibili nei casi di acclarata inidoneità alle proprie mansioni e di impossibilità di ricollocazione.

Al fine di garantire l'implementazione dell'intervento, l'espletamento delle procedure di verifica della corretta assegnazione dei dipendenti alle effettive mansioni di appartenenza sarà inserito tra gli obiettivi del Direttore Generale di ASReM.

Risultati programmati

A livello ASReM:

- Riassegnazione dei dipendenti del SSR alle effettive mansioni di appartenenza.

Indicatori di risultato

A livello ASReM:

- Avvenuta trasmissione di elenco di personale in situazione di inidoneità alle proprie mansioni da ricollocare nonché dell'elenco del personale non ricollocabile all'interno dell'Azienda ovvero dichiarazione di non sussistenza di tale fenomeno in Azienda entro il 31 dicembre 2011.

Azione 4.1.10: Gestione del servizio mensa e/o dell'esercizio del diritto alla mensa con modalità sostitutiva (buoni pasto)

Relativamente all'esercizio del diritto alla mensa, viene individuata una prima iniziativa consistente nella verifica della corretta applicazione dei CC.NN.LL. al fine di razionalizzare la spesa e generare maggiori economie.

All'esito della verifica la Regione si riserva di elaborare linee guida regionali che definiscano per l'Azienda il diritto alla fruizione del servizio mensa. L'ASReM predisporrà un regolamento per la corretta gestione del suddetto diritto.

Risultati programmati

A livello Regionale:

- Verifica della corretta applicazione dei CC.NN.LL. Comparto e CC.NN.LL. Aree dirigenziali in relazione alle risorse finanziarie disponibili e all'articolazione dell'orario di lavoro;
- Elaborazione di linee guida regionali che definiscano per l'Azienda per il diritto alla fruizione del servizio mensa.

A livello ASReM:

- Predisposizione di un regolamento per la corretta gestione del suddetto diritto alla mensa.

Indicatori di risultato

A livello Regionale:

- Avvenuta verifica della corretta applicazione dei CC.NN.LL. Comparto e CC.NN.LL. Aree dirigenziali entro il 15 ottobre 2011;
- Avvenuta elaborazione di linee guida regionali che definiscano per l'Azienda per il diritto alla fruizione del servizio mensa entro il 15 ottobre 2011.

A livello ASReM:

- Avvenuta emanazione del Regolamento per la corretta gestione del diritto alla mensa entro il 31 ottobre 2011.

Azione 4.1.11: Formazione del personale

L'impiego delle risorse umane sempre più si caratterizza quale fattore critico di successo per la soddisfazione dei bisogni di salute del cittadino, da perseguire comunque attraverso un attento impiego delle risorse disponibili. Alla luce di ciò, la "formazione" costituisce una delle leve strategiche per il conseguimento dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi sanitari.

In un settore in rapida e continua evoluzione, quale quello sanitario, la formazione non può essere circoscritta al conseguimento iniziale di un titolo professionale, ma deve necessariamente essere accompagnata da una formazione che, durante tutto l'arco della vita, consenta agli operatori sanitari di aggiornare il proprio *know-how* per rispondere ai continui mutamenti delle conoscenze scientifiche e tecnologiche e all'evoluzione della domanda sanitaria.

E' compito specifico delle regioni definire la politica formativa, individuando le finalità da perseguire e le modalità di attuazione, in linea con gli obiettivi del PSN e del PSR ed il fabbisogno formativo delle diverse figure professionali.

Le azioni operative con cui la Regione Molise intende intervenire per qualificare il sistema della formazione attengono: l'Educazione Continua in Medicina, la Formazione Manageriale, e la Formazione Universitaria Specialistica.

A decorrere dall'anno 2011 la spesa annua sostenuta dall'Azienda Sanitaria per attività esclusivamente di formazione deve essere non superiore al 50 % della spesa sostenuta nell'anno 2009 (ex art. 6 D.L. 78).

Risultati Programmati

A livello Regionale:

- Costituzione della Commissione Regionale ECM.
- Individuazione degli obiettivi ECM di interesse regionale.

A livello ASReM:

- Definizione degli obiettivi e delle tematiche dei corsi di formazione in management delle strutture sanitarie, declinati in un PAF (Piano Aziendale di Formazione), entro il 31 dicembre 2011.
- Attivazione, a carattere sperimentale, di un corso di formazione manageriale avvalendosi della collaborazione delle università, dei centri di eccellenza e di ricerca, entro il 31 luglio 2012.
- Aggiornamento della rete formativa e anagrafe dei patti di collaborazione, entro il 31 luglio 2012.

Indicatori di risultato

A livello Regionale:

- Costituzione della Commissione Regionale ECM, entro il 31 dicembre 2011.
- Individuazione degli obiettivi ECM di interesse regionale, entro il 31 dicembre 2011.

A livello ASReM:

- Spesa sostenuta per attività di formazione su spesa 2011-2012.

*Azione 4.1.12: Valutazione delle **performance** del personale e azioni di adeguamento al D.Lgs 150/2009*

Connesso alla materia sopra enunciata è senza dubbio il processo da mettere da subito in campo per l'esatta esecuzione di quanto previsto dal D.Lgs. 150/2009 c.d. "decreto Brunetta", che innova il D.Lgs. 165/2001 dettando nuove norme per il sistema delle relazioni sindacali nell'ambito del rapporto di lavoro alle dipendenze della Pubblica Amministrazione, modificando il sistema delle fonti con un drastico ridimensionamento della fonte collettiva.

Sono dettate, in particolare, norme specifiche in materia di valutazione delle *performance* del personale e sono previsti periodi transitori per l'adeguamento delle amministrazioni destinatarie della normativa, tra cui le aziende sanitarie e le Regioni.

Il Decreto Legislativo 150/2009 ha previsto per le pubbliche amministrazioni, nell'ottica di un miglioramento continuo dei risultati, l'introduzione di un ciclo generale di gestione delle performance finalizzato a garantire la trasparenza dei risultati realizzando il passaggio da una logica orientata ai mezzi (*input*) ad una logica orientata ai risultati (*output e outcome*) prendendo spunto dalle migliori pratiche internazionali.

Nel rispetto di quanto previsto dal suddetto D.Lgs., la ASReM adotterà, entro il 15 novembre 2011, specifiche "linee guida" tese a regolamentare il processo di valutazione dei dirigenti e dei dipendenti. Gli elementi su cui si basa tale processo sono il raggiungimento degli obiettivi e le competenze dimostrate, elementi strettamente correlati tra loro.

Di conseguenza l'associazione della performance organizzativa a quella individuale, si ricollega inevitabilmente alla distribuzione delle premialità; infatti il D.Lgs. prevede, laddove i sistemi di valutazione non risultino adeguati, il divieto di erogazione delle indennità di risultato ai dirigenti responsabili.

Risultati Programmati

A livello ASReM:

- Emanazione delle linee guida che individuano i criteri ed indicatori per la valutazione della *performance*.

Indicatori di risultato

A livello ASReM:

- Adozione delle linee guida che individuano i criteri ed indicatori per la valutazione della performance entro il 15 novembre 2011.

Azione 4.1.13: Corretto utilizzo di Internet

La Regione Molise, coerentemente alla Direttiva 2/09 intende predisporre, in collaborazione con ASReM, misure per ridurre il rischio di usi impropri di internet, consistenti in attività non correlate alla prestazione lavorativa. L'obiettivo è quello di aumentare la produttività dei lavoratori pubblici eliminando ogni distrazione derivante dall'accesso alla Rete grazie alla dotazione di *software* idonei ad impedire l'accesso a siti internet aventi contenuti e/o finalità vietati dalla legge. L'utilizzo delle risorse ICT da parte dei dipendenti, oltre a non dover compromettere la sicurezza e la riservatezza del Sistema informativo, non deve pregiudicare ed ostacolare le attività dell'Amministrazione od essere destinato al perseguimento di interessi privati in contrasto con quelli pubblici.

Sono necessarie le seguenti attività:

- individuazione di categorie di siti considerati correlati o meno con la prestazione lavorativa;
- configurazione di sistemi o utilizzo di filtri che prevengano determinate operazioni – reputate incoerenti con l'attività lavorativa – quali l'upload o l'accesso a determinati siti (inseriti in una sorta di *black list*) e/o il *download* di file o software aventi particolari caratteristiche (dimensionali o di tipologia di dato);
- trattamento di dati in forma anonima o tale da precludere l'immediata identificazione di utenti mediante loro opportune aggregazioni;
- eventuale conservazione nel tempo dei dati strettamente limitata al perseguimento di finalità organizzative, produttive e di sicurezza.

La Regione ed ASReM devono porre particolare attenzione anche nella creazione delle caselle di posta e nel loro utilizzo, così che i fruitori ne facciano un uso istituzionale legato al lavoro ed evitino fruizioni di carattere personale che coinvolgano i sistemi pubblici nell'invio/ricezione di materiale che nulla ha che vedere con la funzione espressa.

In considerazione della delicatezza della materia, che tocca i diritti individuali (quali il diritto alla segretezza della corrispondenza) e richiede, pertanto, un giusto bilanciamento con il potere di controllo dell'Amministrazione, la Regione ed ASReM forniranno indicazioni utili a facilitare, da un lato, il corretto utilizzo degli strumenti ICT da parte dei dipendenti e, dall'altro, il proporzionato esercizio del potere datoriale di controllo.

Risultati programmati

A livello Regionale e ASReM:

- Attuazione delle azioni necessarie a ridurre il rischio di usi impropri di *internet*.

Indicatori di risultato

A livello Regionale e ASReM:

- Attuazione delle azioni necessarie a ridurre il rischio di usi impropri di *internet* nel biennio 2011 - 2012.

Valorizzazione Programma Operativo 4: Razionalizzazione gestione del personale

Intervento 4.1: Contenimento della spesa per il personale

Azione 4.1.1: Attuazione del blocco del *turn over* e delle misure di contenimento del costo del personale

Per la stima delle cessazioni, per anni 2011 e 2012, è stata calcolata, a partire dai dati di Conto annuale 2006, 2007, 2008, 2009, l'incidenza media dei cessati rispetto all'organico. In particolare tramite le Tabelle 1 e 5 è stata calcolata la media dei cessati per gli anni 2007-2009.

	Media % cessato su presenti 2007-2009	Cessati 2006	Cessati 2007	Cessati 2008	Cessati 2009
Dirigenti Medici		47	32	45	36
Dirigenti non Medici		10	14	4	6
Comparto		176	151	82	88
Altro*		1	1	1	6
Totale		234	198	132	136
<i>di cui passaggi ad Amm.ni dello stesso comparto</i>					
Dirigenti Medici		-	-	7	5
Dirigenti non Medici		-	-	1	2
Comparto		-	-	10	5
Altro*		-	-	-	-
Totale		-	-	18	12
<i>Cessati al netto della mobilità intraregionale</i>					
Dirigenti Medici	4%	47	32	38	31
Dirigenti non Medici	4%	10	14	3	4
Comparto	3%	176	151	72	83
Altro*	6%	1	1	1	6
Cessati al netto della mobilità		234	198	114	124

*Contrattisti e Organi direttivi

Tabella 23 – Cessati 2006 – 2009

I tassi medi di cessazione sono stati calcolati per ruolo, area contrattuale e figura professionale. I tassi di medi di cessazione per la categoria "Altro" (Contrattisti e Organi Direttivi) rappresentano un dato poco indicativo data la bassa numerosità del campione.

Nel dettaglio:

- il saldo tra cessati e assunti nel 2010 è stato individuato tramite una rilevazione ad hoc della regione. Con riguardo a tale ipotesi, con i dati del Conto Annuale 2010 (di prossimo conferimento da parte delle Amministrazioni competenti, ad oggi in fase di consolidamento), sarà possibile effettuare il monitoraggio (Tabella 6 del Conto Annuale) ed eventualmente rettificare la presente valorizzazione dell'intervento;

- a partire dalla stima dei presenti del 2010, sono state determinate le probabili cessazioni del 2011 e del 2012, applicando la percentuale di cessazioni medie annue dal 2007 al 2009.

Dal relativo numero è stato depurato il dato relativo alla mobilità intra-regione del personale cessato perché trasferito in altre Amministrazioni dello stesso comparto in seguito a processi di mobilità, accorpamenti e passaggi di distretti, per quanto esposto dall'Azienda in Tabella 5 del Conto Annuale.

In Tabella 24 è sintetizzata la stima dei cessati e assunti per gli anni 2010 2011 e 2012.

	Saldo 2010* (Cessati-Assunti)	Cessati 2011 Stimati	Assunti 2011 Stimati	Cessati 2012 Stimati	Assunti 2012 Stimati
Dirigenti Medici	42	34	-	33	-
Dirigenti non Medici	6	5	-	4	-
Comparto	76	78	-	76	-
Totale	124	116	-	113	-

*Rilevazione ad hoc

Tabella 24 - Stima dei cessati

Il costo medio per ruolo e area contrattuale (vedi tabella seguente) è stato calcolato a partire dai dati di Conto Annuale 2009 (Tabelle 12, 13 e 14). Il costo medio include gli oneri riflessi, ma non l'IRAP. Gli effetti che la riduzione del personale in servizio ha sull'IRAP sono trattati in maniera specifica in seguito. I valori riportati in tabella, inoltre, includono gli aumenti contrattuali per il biennio 2008-2009 stimati nella misura del 3,2% per i Dirigenti.

	Costo medio [€]
Dirigenti Medici	110.892
Dirigenti non Medici	86.220
Comparto	34.924

Tabella 25 - Costo medio annuo del personale (oneri riflessi inclusi)

Si è quindi proceduto a calcolare il valore della manovra sul saldo calcolato come differenza tra cessati ed assunti per anno come riportato in Tabella 26. Il saldo, infatti, corrisponde alla riduzione effettiva di personale in servizio. Per gli anni 2011 e 2012 il saldo tra cessati ed assunti stimati corrisponde al numero di cessati stimati poiché per la Regione Molise permane il blocco totale del *turn over*, ovvero è stata considerata una percentuale di nuovi assunti pari allo 0% rispetto al numero dei cessati dell'anno precedente relativo al solo arco temporale di operatività dell'art. 1 comma 52 Legge 13 dicembre 2010 n. 220.

Ai fini della valorizzazione si è ipotizzato che il personale cessa ed entra in servizio in corrispondenza del 1 luglio, per cui per ogni anno è stato considerato il 50% della manovra annuale prevista nell'anno stesso più il 50% della manovra annuale dell'anno precedente.

	2010	2011	2012	2013
Stima Saldo Riduzione personale	124	116	113	
Saldo Dirigenti Medici	42	34	33	
Saldo Dirigenti non medici	6	5	4	
Saldo Comparto	76	78	76	
Valorizzazione 2010	3.914.493	3.914.493		
Valorizzazione 2011		3.437.357	3.437.357	
Valorizzazione 2012			3.313.445	3.313.445
Valorizzazione	3.914.493	7.351.851	6.750.802	3.313.445

Tabella 26 - Stima impatto manovra blocco del *turn over*

La manovra rispetto al tendenziale per il 2011 ammonterà quindi a circa **7,4 €/mln**; rispetto al tendenziale 2012, i risparmi conseguibili saranno pari a **14,1 mln €** (7,4 del 2011 + 6,7 del solo 2012).

La manovra sul personale avrà effetti anche sul costo sostenuto per l'IRAP, che applicando l'aliquota d'imposta pari all'8,55% sul risparmio potenziale derivante dalle azioni esposte nel presente programma, porterebbe ad un ulteriore risparmio di **0,6 mln € nel 2011** e **1.2 mln € nel 2012** (628.583€ del 2011 + 577.194 € del solo 2012).

	2011	2012
IRAP (8,5 % della Manovra)	628.583	577.194
Totale	628.583	577.194

Tabella 27 - Stima Manovra IRAP

Complessivamente l'intervento sul contenimento della spesa per il personale per l'attuazione del blocco del *turn over* determinerà una manovra di risparmio di circa **8,0 mln (7,4 mln + 0,6 mln) rispetto al tendenziale 2011**, ed una manovra complessiva di circa **15,3 mln (8 mln + 6,8 mln + 0,6 mln) rispetto al tendenziale 2012**.

Azione 4.1.2: Contenimento della spesa per il personale a tempo determinato

La spesa in personale a tempo determinato riportata in Tabella 2 del "Consuntivo 2010" è pari a 15.701.251 al lordo dei rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004. La valorizzazione dell'azione si concretizza nel 2011 ovvero dal momento di rinnovo dei contratti a tempo determinato. **L'azione** di riduzione della spesa nella misura del 20% **porterà un risparmio di 3,1 mln € per il 2011 e 3,1 mln € per il tendenziale 2012**.

Azione 4.1.5: Contenimento della spesa per prestazioni aggiuntive

La spesa al Consuntivo 2010 in prestazioni aggiuntive è pari a circa 2,0 mln €. Per gli anni 2011 e 2012 la spesa per le prestazioni in parola non dovrà superare il 75% di quelle sostenute nel 2010, con una manovra **stimata in 0,5 mln € per il 2011 e 0,5 mln € per il 2012**.

Azione 4.1.6: Interventi derivanti dalla normativa finanziaria

Con riferimento alla riduzione di voci di spesa indicati dalla normativa nazionale art. 6 del D.L. 78/2010 la spesa per consulenze non sanitarie dovranno corrispondere per gli anni 2011 e 2012 ad una riduzione dell'80% della spesa sostenuta nel 2009. L'intervento comporterà una manovra di **0,8 mln € per il 2011 e di 0,8 mln € per il 2012.**

Programma Operativo 5: Razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica

Razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica: valorizzazione manovre (€/mIn)		
	2011	2012
Razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica	1,2	4,4
Razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata/territoriale	0,6	2,1
<i>Sviluppo di un sistema informativo locale e di un sistema di reporting per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva</i>	0,2	0,7
<i>Attribuzione di un budget annuale ai Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta</i>	-	-
<i>Formazione dei MMG/PLS</i>	-	-
<i>Incentivo alla prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto</i>	0,2	0,6
<i>Individuazione dei centri prescrittori dei farmaci A e H (già OSP2) e dei centri prescrittori dei farmaci del PHT con piano terapeutico</i>	-	-
<i>Acquisizione diretta ossigeno medicinale</i>	0,1	0,8
Razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera	0,6	2,3
<i>Rafforzamento utilizzo farmaci a brevetto scaduto e farmaci biosimilari</i>	-	-
<i>Implementazione e ridefinizione del processo riguardante la gestione dei farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA e dei farmaci per i quali sussistono accordi di extra-sconto</i>	-	-
<i>Razionalizzazione del processo di approvvigionamento e della catena logistica del farmaco</i>	0,6	2,3
Razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale	-	-
<i>Implementazione dell'attività di informazione scientifica dipendente ed indipendente sul farmaco</i>	-	-

Tabella 28 – Sintesi manovre

Premessa

Nell'ambito della strategia generale di razionalizzazione/contenimento della spesa farmaceutica a livello regionale, si è provveduto, nell'anno 2010, alla individuazione di interventi diretti:

- al riordino del sistema farmaceutico ospedaliero - decreto del Commissario ad Acta n.5 del 10 febbraio 2010 di approvazione del Piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera;
- a politiche di contenimento della spesa farmaceutica territoriale, mediante la individuazione di nuovi strumenti di regolazione del processo prescrittivo con riferimento ai parametri di appropriatezza, di costo-terapia nonché degli aspetti organizzativi e gestionali;
- alla realizzazione del progetto SISR lotto 2 per il controllo della spesa farmaceutica, ospedaliera e territoriale, e per il contenimento di altre componenti della spesa sanitaria quale quella per i dispositivi medici.

Per un migliore inquadramento degli interventi e azioni posti in essere dalla Regione Molise nel decorso anno 2010, si rimanda all'Allegato B del presente documento.

Nel contesto settoriale descritto nell'Allegato B del presente documento si colloca il piano di interventi programmato, per il biennio 2011-2012, nell'ambito della strategia generale di

razionalizzazione/contenimento della spesa farmaceutica a livello regionale, come di seguito descritto, e distinto nelle macroaree "ospedaliera" e "territoriale". Detto programma deriva da una valorizzazione dei punti di forza e da un contenimento dei punti di debolezza del sistema in atto con individuazione di obiettivi specifici di riordino e di qualificazione del sistema farmaceutico ospedaliero e territoriale.

Inoltre, tenuto conto di quanto previsto dalla legge 29 novembre 2007, n.222 " *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, recante interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equità sociale*", che al comma 5 dell'art.5 dispone che l'eventuale sfioramento del valore pari al 2,4% del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, è recuperato interamente a carico della regione - che non abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo - attraverso misure di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera, le azioni previste nell'ambito della macroarea "ospedaliera" sono dirette a ridurre il disavanzo, pari a circa € 7.400.000, della spesa farmaceutica ospedaliera, registrato nell'anno 2009 e pari al 3,71 % del Fondo Sanitario Regionale 2009.

Detti interventi, pertanto, vanno a sostanziare la manovra di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera anno 2009 e sono attuativi del punto 7 della deliberazione del CdM del 28.07.09, che prevede, tra l'altro, " *misure per l'incremento dell'appropriatezza prescrittiva e della spesa farmaceutica ospedaliera, finalizzate al suo riallineamento agli obiettivi programmati in sede nazionale e adozione ed attuazione del nuovo piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera*".

Intervento 5.1: Razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata/territoriale

Azione 5.1.1: Sviluppo di un sistema informativo locale e di un sistema di *reporting* per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva

Al fine di assicurare una maggiore appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse da parte di MMG/PLS, la Regione Molise intende prevedere la realizzazione di una banca dati delle prestazioni sanitarie riconducibili al soggetto che ne ha usufruito e al MMG/PLS scelto. In particolare, l'esistenza di un tale sistema informativo rappresenta il presupposto per monitorare ed intervenire sul ruolo dei medici prescrittori, attraverso la redazione e distribuzione di opportuna reportistica.

L'iniziativa sarà sviluppata in via prioritaria all'interno dei Presidi territoriali di assistenza, in sintonia con gli interventi dell'Osservatorio Regionale sull'appropriatezza previsti nel Piano di rientro e istituiti con Delibera di Giunta regionale n. 435 del 30/04/2007.

La creazione della banca dati è la base necessaria a garantire i successivi interventi sull'appropriatezza prescrittiva decisi dall'Osservatorio regionale, che si dovranno tradurre fattivamente in azioni concrete e non solo in enunciazioni. I *report* dell'Osservatorio devono essere inviati a tutti i medici su base trimestrale.

La Regione coordinerà il processo di monitoraggio e il nucleo di Coordinamento e Controllo del Piano Operativo (CCP) avrà il compito di verificare gli scostamenti rispetto agli obiettivi prefissati, e riportare i risultati conseguiti.

Si prevedono le seguenti attività:

- integrazione delle banche dati attraverso una chiave univoca che ne permetta la lettura trasversale (codice fiscale dell'assistito anonimizzato): tale integrazione interesserà prioritariamente l'assistenza farmaceutica, la specialistica ambulatoriale e i ricoveri ospedalieri (il relativo flusso è in fase di sviluppo ASReM, vedi progetto "Condivisione Agende"), esistendo la possibilità, in una fase successiva, di sviluppare il sistema con l'integrazione di RSA, ADI, assistenza protesica, eccetera. Il Servizio competente definirà, d'intesa con i Subcommissari, i percorsi operativi volti alla piena integrazione delle banche dati e delle informazioni ad esse pertinenti;
- istituzione di tavoli di lavoro fra i soggetti coinvolti nel governo di sistema e nel controllo della domanda (Regione, rappresentanti dei MMG/PLS, ordine dei medici, esperti della materia, rappresentanti dei farmacisti, Direttori Generale e Sanitario della ASReM, responsabili dei "Servizi Territoriali" aziendali e regionali) la fine di condividere una metodologia volta alla definizione di *best practices* necessarie al *benchmarking* alla base della reportistica e la tipologia/forma di reportistica associata;
- predisposizione di una reportistica ad alto livello con cadenza trimestrale per la direzione strategica ASReM e per il Direttore dell'Assessorato finalizzata alla pianificazione e al controllo della domanda, e di una reportistica trimestrale dedicata ai MMG/PLS quale supporto al controllo della domanda come "*gate keeper*";
- adozione a livello regionale, e in via prioritaria nei PTA, delle linee guida regionali sull'appropriatezza prescrittiva per le prestazioni di diagnostica per immagini con particolare riferimento alle TAC e RMN.

Risultati programmati

- Allineamento dei medici iperprescrittori alla media regionale eliminando le prescrizioni inappropriate.
- Allineamento dei medici prescrittori alla *best practice* prescrittiva di farmaci equivalenti.
- Riduzione dei consumi e della spesa farmaceutica.

A livello Regionale:

- Integrazione completa delle banche dati afferenti a ricoveri ospedalieri, assistenza farmaceutica e specialistica ambulatoriale.
- Coordinamento delle attività con avvio di incontri per condivisione e discussione dei *report* trimestrali con il Direttore Generale di ASReM.

Indicatori di risultato

- Monitoraggio attraverso il sistema tessera sanitaria.
- Delta consumi/spesa farmaceutica rispetto all'anno precedente.
- Delta prescrizioni farmaci equivalenti rispetto all'anno precedente.

A livello Regionale:

- Percentuale di prestazioni sanitarie riconducibili all'assistito e al MMG prescrittore (min 90% entro il 30 settembre 2011).
- Avvenuta formalizzazione con la ASReM di azioni concrete per la riduzione dell'inappropriatezza e della spesa sanitaria per distretto a partire da ottobre 2011.
- Coordinamento delle attività con avvio di incontri per condivisione e discussione dei *report* trimestrali con il Direttore Generale di ASReM a partire dal mese di ottobre 2011.
- Pubblicazione trimestrale di report, in collaborazione con ASReM, con principali riflessioni condivise con gli MMG/PLS e con il Direttore Generale su azioni concrete per la riduzione dell'inappropriatezza e della spesa sanitaria a partire da ottobre 2011.

Azione 5.1.2: Attribuzione di un *budget* annuale ai Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta

Al fine di ridurre il fenomeno dell'iperprescrizione e l'incentivazione della prescrizione dei farmaci equivalenti, la Regione intende mettere in atto, a supporto ed integrazione di quanto riportato nella precedente azione, un processo di definizione, con la collaborazione dei referenti di ASReM e dei rappresentanti di categoria di un *budget* articolato per patologie per ogni medico di medicina generale o pediatra di libera scelta. Tale *budget* sarà calcolato come media ponderata dei consumi farmaceutici per la popolazione, standardizzata per età e genere, distinguendo la variabilità casuale, funzione della numerosità degli assistiti di ciascun MMG, dalla variabilità da approfondire.

Tale aspetto deve essere introdotto nell'accordo integrativo di prossima emanazione.

A tal fine si prevedono le seguenti attività:

- predisposizione ed emanazione di un Atto Regionale per la definizione e la creazione di un apposito Gruppo di lavoro (costituito dalla Regione Molise, da ASReM, dai rappresentanti dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, l'ordine dei medici, esperti della materia) e della struttura operativa;
- invio entro il 1 febbraio 2012 del *budget* di spesa a tutti i medici e invii trimestrali del *budget* consumato;
- monitoraggio e verifica trimestrale dei consumi farmaceutici da parte della Regione e confronto rispetto ai *budget* definiti;
- monitoraggio e verifica trimestrale degli indicatori di prescrizione farmaci equivalenti da parte della Regione e confronto rispetto alla *best practice* individuata.

Risultati programmati

- Allineamento dei medici iperprescrittori alla media regionale eliminando le prescrizioni inappropriate.
- Allineamento dei medici prescrittori alla *best practice* prescrittiva di farmaci equivalenti.
- Riduzione dei consumi e della spesa farmaceutica.

A livello Regionale:

- Sviluppo di metodologie per l'analisi della variabilità della domanda soddisfatta pro capite standardizzata per MMG/PLS (a tal fine, il Servizio competente si propone di predisporre e testare un modello entro il 1 gennaio 2012).
- Avvio di incontri di collaborazione con i MMG/PLS a partire dal mese di gennaio 2012, al fine di:
 - condividere i report periodici (trimestrali) dei consumi sanitari per MMG;
 - individuare i prescrittori con la spesa più alta per ciascuna delle tre tipologie di assistenza;
 - condividere con questi le motivazioni che hanno originato tali livelli di spesa;
 - condividere con i singoli MMG con spesa elevata obiettivi che consentano una riduzione della spesa generata.

Indicatori di risultato

- Delta *budget* definito vs *budget* consumato.
- Delta consumi/spesa farmaceutica rispetto all'anno precedente.
- Delta prescrizioni farmaci equivalenti rispetto all'anno precedente.

A livello Regionale:

- *Testing* della metodologia per l'analisi della variabilità della domanda soddisfatta pro capite standardizzata per MMG entro gennaio 2012.
- Pubblicazione trimestrale di report, in collaborazione con ASReM, con focus ad hoc per la categoria dei MMG con alta spesa con principali riflessioni ed accordi condivisi con i MMG e con il Direttore Generale su azioni concrete per la riduzione dell'inappropriatezza e della spesa sanitaria a partire da marzo 2012.

Azione 5.1.3: Formazione dei MMG/PLS

La Regione ha in progetto di avviare, con il supporto dell'AIFA, corsi di formazione per MMG/PLS e specialisti, per migliorare l'appropriatezza prescrittiva e ridurre la spesa sanitaria. A tal proposito, come risultato dello sviluppo del sistema di *budgeting* e *reporting* (vedi azioni 5.1.1 e 5.1.2), si prevede la diffusione, mediante apposito strumento, dei principali risultati riscontrati a tutti i MMG/PLS che aderiranno al programma formativo, al fine di promuovere uno strumento di formazione, di confronto e di miglioramento.

Risultati programmati

A livello Regionale:

- Definizione di un piano di formazione specifico per i MMG, del relativo calendario e degli eventuali crediti ECM e per i farmacisti, attivazione del suddetto piano attraverso corsi in aula e/o a distanza attraverso l'utilizzo di strumenti informatici (es. *e-learning*).
- Attuazione di interventi di *audit* clinico sulle categorie terapeutiche di maggior spesa e consumo.

Indicatori di risultato

A livello Regionale:

- Percentuale MMG/PLS partecipanti sul totale MMG/PLS regionali coinvolti.
- Numero di *report* su *best practice* da monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva diffusi nell'ambito dei programmi di formazione.

Azione 5.1.4: Incentivo alla prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto

L'obiettivo perseguito è di incrementare la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto appartenenti alle classi/categorie terapeutiche alto spendenti definite da AIFA, in ottemperanza all'Art. 11 comma 7b del D.L. 78/2010, nelle "tabelle di raffronto tra la spesa farmaceutica territoriale delle singole regioni sulla base dei migliori risultati in termini di principi attivi non coperti da brevetto, ovvero a prezzo minore rispetto al totale della medesima categoria terapeutica equivalente" in particolare per le classi ATC:

- Antipertensivi (C09CA).
- Ace Inibitori e Sartani non associati (C09A + C09C).
- Ace inibitori e Sartani associati (C09B + C09D).
- Statine (C10AA).
- Inibitori di pompa (A02BC).
- Inibitori di serotonina (N06AB).

I livelli di prescrizione dei farmaci equivalenti saranno oggetto di monitoraggio nell'ambito del processo di *budgeting* e *reporting* dei MMG/PLS, di cui alla azione precedente.

Risultati programmati

A livello Regionale:

- Emanazione di apposito DCA riguardante l'individuazione di soglie di prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto sul totale della classe.

A livello ASReM:

- Incremento della prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto inclusi nella lista di trasparenza AIFA.
- Riduzione delle prescrizioni di Sartani a vantaggio degli Ace-inibitori inclusi nella lista di trasparenza AIFA.
- Incremento delle prescrizioni degli Ace Inibitori a basso costo.
- Riduzione della spesa grazie al minor costo derivante dal prezzo dei farmaci a brevetto scaduto rispetto ai farmaci *branded*.

Indicatori di risultato

A livello Regionale:

- Emanazione di apposito DCA riguardante l'individuazione di soglie di prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto sul totale della classe entro il 30 settembre 2011.

A livello ASReM:

- Analisi delle prescrizioni effettuate dai MMG/PLS e degli scostamenti rispetto alla *best-practice*.
- Analisi delle prescrizioni degli specialisti del SSN e incidenza sulla spesa per le molecole oggetto del monitoraggio.
- Variazione 2011 vs 2010, 2012 vs 2010 della spesa in relazione alle classi definite in precedenza.
- Variazione 2011 vs 2010, 2012 vs 2010 dei consumi in relazione alle classi definite in precedenza.

Azione 5.1.5: Individuazione dei centri prescrittori dei farmaci A e H (già OSP2) e dei centri prescrittori dei farmaci del PHT con piano terapeutico

La presente azione prevede il riassetto della rete dei Centri prescrittori dei farmaci in argomento, mediante la selezione di Centri di riferimento regionali rispondenti a ben precisi standard qualitativi e, quindi, in definitiva persegue l'obiettivo di determinare eccellenza in determinati ambiti prescrittivi aumentando i livelli di appropriatezza prescrittiva.

L'attività prevede:

- individuazione dei centri prescrittori dei farmaci A e H (già OSP2);
- individuazione dei centri prescrittori dei farmaci del PHT con piano terapeutico;
- informatizzazione dei piani terapeutici;
- adeguamento del tracciato del "file F regionale" per il monitoraggio dell'attività dei centri prescrittori;
- monitoraggio dell'attività dei centri prescrittori.

Risultati programmati

A livello Regionale:

- Specializzazione dei Centri prescrittori di riferimento per i farmaci di cui alla presente azione.
- Riduzione della inappropriata spesa e razionalizzazione/contenimento della spesa in relazione ai farmaci di cui alla presente azione.
- Emanazione di specifico decreto del Commissario ad Acta di individuazione dei Centri prescrittori dei farmaci A e H (già OSP2).
- Emanazione di specifico decreto del Commissario ad Acta di individuazione dei Centri prescrittori dei farmaci del PHT con piano terapeutico.
- Emanazione di specifico decreto del Commissario ad Acta di adozione del sistema di gestione informatizzata dei piani terapeutici.
- Documentazione probatoria riferita agli obiettivi di risultato.

Indicatori di risultato

A livello Regionale:

- Confronto tra i consumi registrati per i citati farmaci prima e dopo la individuazione dei centri, con valorizzazione dello scostamento.
- Confronto tra la spesa sostenuta per i citati farmaci prima e dopo la individuazione dei centri, con valorizzazione dello scostamento.
- Emanazione di specifico decreto del Commissario ad Acta di individuazione dei Centri prescrittori dei farmaci A e H (già OSP2) entro il 30 settembre 2011.
- Emanazione di specifico decreto del Commissario ad Acta di individuazione dei Centri prescrittori dei farmaci del PHT con piano terapeutico entro il 30 settembre 2011.
- Emanazione di specifico decreto del Commissario ad Acta di presa d'atto dell'avvio del sistema di gestione informatizzata dei piani terapeutici, da parte di ASReM, entro il 31 ottobre 2011.
- Documentazione probatoria riferita agli obiettivi di risultato entro il 31 gennaio 2012.

Azione 5.1.6: Acquisizione diretta ossigeno medicinale

La Regione Molise, nell'anno 2010, ha registrato una spesa per l'erogazione dell'ossigeno liquido in regime convenzionale pari a circa 1.380.000 € (fonte Sistema TS); considerando che il prezzo di rimborso (€ 6,20/m³) è notevolmente superiore al valore di acquisto ottenibile dalla Regione mediante l'acquisizione diretta (circa € 3,09/m³, comprensivo di consegna/ritiro, tele monitoraggio del livello del contenitore e del livello di saturazione di ossigeno nel sangue), la presente azione prevede lo spostamento dell'erogazione dal canale convenzionale a quello della distribuzione diretta.

Pertanto la Regione provvederà a stipulare un accordo per l'attivazione del servizio di ossigeno-terapia in regime di distribuzione diretta con le società fornitrici a seguito dell'accreditamento delle stesse. La procedura di accreditamento prevederà in modo puntuale e dettagliato i requisiti delle società e le modalità di erogazione del servizio.

L'attività prevede:

- definizione fabbisogno regionale;
- Indizione della procedura di accreditamento
- Stipula dell'accordo quadro

Risultati programmati

A livello Regionale:

- Emanazione del decreto del Commissario ad Acta di adozione dell'accordo quadro entro il 31 ottobre 2011.

A livello ASReM:

- Spostamento della fornitura dell'ossigeno liquido dal regime della distribuzione territoriale convenzionata al regime della distribuzione diretta.
- Produzione di reportistica recante i dati di risparmio complessivo anni 2011/2012 vs anno 2010.

Indicatori di risultato

A livello Regionale:

- Confronto della spesa per l'erogazione dell'ossigeno liquido anni 2011/2012 vs anno 2010 e valore di scostamento.
- Monitoraggio della reportistica, prodotta da ASReM, recante i dati di risparmio complessivo anni 2011/2012 vs anno 2010 con cadenza semestrale.

A livello ASReM:

- Produzione di reportistica recante i dati di risparmio complessivo anni 2011/2012 vs anno 2010 con cadenza semestrale.

Intervento 5.2: Razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera

Azione 5.2.1: Rafforzamento utilizzo farmaci a brevetto scaduto e farmaci biosimilari

Al fine di potenziare l'utilizzo dei farmaci biotecnologici e/o biosimilari la Regione prevede l'attivazione di specifiche attività di monitoraggio, formazione e informazione rivolte al personale medico interessato (es. oncologi, nefrologi). Si intendono inoltre adottare opportuni provvedimenti per potenziare l'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto e dei farmaci biosimilari. La Regione coordinerà il processo di monitoraggio e il nucleo di Coordinamento e Controllo del Piano Operativo (CCP) avrà il compito di verificare gli scostamenti per centro prescrittore, rispetto agli obiettivi prefissati, e riportare i risultati conseguiti.

La mancata attuazione degli interventi necessari al conseguimento dei risultati programmati costituirà inadempimento ai fini della valutazione del Direttore Generale; a tal proposito quest'ultimo dovrà fornire evidenza alla Regione di aver declinato gli obiettivi Aziendali, specificando le figure coinvolte e le relative responsabilità, tra i criteri di valutazione dell'operato dei dirigenti, con rapporto di lavoro esclusivo e non, responsabili di struttura semplice e/o complessa, concorrendo a determinare la componente variabile della loro retribuzione.

Risultati programmati

A livello Regionale:

- Emanazione degli specifici provvedimenti.
- Definizione del *budget* per centro prescrittore.
- Monitoraggio della reportistica, prodotta da ASReM, riguardante la spesa per farmaci biosimilari e la percentuale di utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto rispetto al totale dei farmaci utilizzati.

A livello ASReM:

- Piena adozione degli specifici provvedimenti.
- Maggior utilizzo dei farmaci biosimilari.
- Redazione di specifica reportistica riguardante la spesa per farmaci biosimilari e la percentuale di utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto rispetto al totale dei farmaci utilizzati.

Indicatori di risultato

A livello Regionale:

- Emanazione degli specifici provvedimenti entro il 31 dicembre 2011.
- Monitoraggio periodico della reportistica, prodotta da ASReM, riguardante la spesa per farmaci biosimilari e la percentuale di utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto rispetto al totale dei farmaci utilizzati.

A livello ASReM:

- Piena adozione degli specifici provvedimenti entro il 31 gennaio 2012.
- Confronto spesa 2011 vs 2010, 2012 vs 2010 per farmaci biosimilari.
- Percentuale di utilizzo farmaci a brevetto scaduto rispetto al totale dei farmaci utilizzati nel biennio 2011- 2012.

- Redazione periodica di specifica reportistica riguardante la spesa per farmaci biosimilari e la percentuale di utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto rispetto al totale dei farmaci utilizzati nel biennio 2011- 2012.

Azione 5.2.2: Implementazione e ridefinizione del processo riguardante la gestione dei farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA e dei farmaci per i quali sussistono accordi di extra-sconto

I farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA – pubblicato sul sito istituzionale dell’Agenzia, soggiacciono a particolari sistemi di rimborsabilità stabiliti da specifici accordi negoziali intervenuti tra l’AIFA e l’Azienda Farmaceutica interessata.

Con il decreto del Commissario ad Acta n. 5 del 10 febbraio 2010, recante la manovra di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera, è stata disciplinata la gestione dei farmaci oncologici iscritti nel registro di monitoraggio AIFA – RFOM e fissato l’obiettivo prevedendo la richiesta, da parte del Direttore Generale di ASReM, tramite le farmacie aziendali, alle aziende farmaceutiche del *payment by results*, del *cost sharing*, del *risk sharing*, e della restituzione delle somme previste sulla base degli accordi negoziali di AIFA con le Aziende farmaceutiche. Tali somme saranno destinate al rientro dal disavanzo..

La presente azione estende e ridefinisce l’intero processo diretto alla gestione dei farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA nonché di quelli per i quali sussistono accordi di extra sconto, responsabilizzando gli operatori in merito alla corretta gestione di tali farmaci.

Al fine di operare gli opportuni controlli sarà necessario integrare i dati di acquisto e tracciabilità provenienti dal NSIS con tutti i dati regionali presenti nel Registro AIFA.

L’attività prevede l’implementazione e ridefinizione dell’intero processo volto a garantire il rispetto delle procedure AIFA mediante:

- monitoraggio dell’utilizzo *off-label* dei farmaci sottoposti al Registro AIFA;
- inserimento di tale azione negli obiettivi del Direttore Generale aziendale;
- formazione degli operatori medici e farmacisti in relazione alla corretta gestione del Registro AIFA;
- valutazione della efficacia clinica del farmaco;
- compilazione delle schede richieste dal sistema;
- analisi delle schede attivate;
- eventuale recupero delle somme utilizzate per l’acquisto dei medicinali soggetti alle ridette procedure.

A tale fine il referente AIFA individuato, dovrà coordinarsi con la Regione e il CCP al fine di garantire l’applicazione delle corrette procedure di gestione dei registri AIFA e delle eventuali procedure di gestione contabile del rimborso.

Il mancato rispetto delle corrette procedure costituirà inadempienza ai fini della riconferma del Direttore Generale.

Risultati programmati

A livello Regionale:

- Monitoraggio della corretta applicazione di quanto definito nel Decreto commissariale n. 5 del 10 febbraio 2010.
- Emanazione di specifico decreto Commissario ad Acta di implementazione/ridefinizione e messa a regime dell'intero processo di gestione dei farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA e dei farmaci per i quali sussistono accordi di extra-sconto.
- Destinazione fondi recuperati al ripianamento del disavanzo sanitario.

A livello ASReM:

- Adozione dei piani di formazione per la corretta gestione del Registro AIFA.
- Riduzione dell'utilizzo *off-label* dei farmaci sottoposti al Registro AIFA.
- Applicazione delle corrette procedure di gestione contabile dei rimborsi.
- Recupero delle somme previste in base agli accordi negoziali intervenuti tra AIFA e Azienda Farmaceutica interessata.

Indicatori di risultato

A livello Regionale:

- Emanazione di specifico Decreto Commissario ad Acta di implementazione/ridefinizione e messa a regime dell'intero processo di gestione dei farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA e dei farmaci per i quali sussistono accordi di extra-sconto entro il 30 settembre 2011.
- Analisi degli scostamenti, in collaborazione con ASReM, tra le somme da incassare secondo procedura e le somme effettivamente riscosse in base alla procedura di *payment by results*.

A livello ASReM:

- Produzione di documentazione probatoria su incremento schede di fine trattamento e livello di copertura con cadenza semestrale.
- Variazione 2011 vs 2010, 2012 vs 2010 dell'utilizzo *off-label* dei farmaci sottoposti al Registro AIFA.
- Numero di operatori medici e farmacisti partecipanti al percorso formativo per la corretta gestione del Registro AIFA.
- Confronto tra consumo risultante dal registro e consumo totale dei suddetti farmaci, con valorizzazione dello scostamento.
- Analisi degli scostamenti, in collaborazione con la Regione, tra le somme da incassare secondo procedura e le somme effettivamente riscosse in base alla procedura di *payment by results*.

Azione 5.2.3: Razionalizzazione del processo di approvvigionamento e della catena logistica del farmaco

Per contenere la dinamica tendenziale fortemente crescente della spesa farmaceutica ospedaliera registrata nel corso degli ultimi anni, la Regione intende attuare una serie di interventi volti alla razionalizzazione dell'intero processo di approvvigionamento di prodotti farmaceutici destinati all'assistenza ospedaliera.

L'obiettivo è quello di raggiungere nel biennio il rispetto del tetto di spesa del 2,4% previsto dalla normativa vigente. Per conseguire tale obiettivo la Regione dovrà agire sulle seguenti leve di intervento:

- **Prezzo:** allineamento alle Regioni *best practice* per i farmaci che presentano il più alto scostamento in termini di costo di acquisto sia in senso assoluto, che in di termini costo complessivo del volume degli acquisti stessi.
- **Quantità:** allineamento alle Regioni *best practice* per i farmaci che presentano il più alto scostamento in termini di DDD/1000 abitanti/die per garantire l'appropriatezza di utilizzo.
- **Logistica:** riorganizzazione ed efficientamento dell'intera catena logistica del farmaco, dall'ingresso nel magazzino ospedaliero all'utilizzo in reparto, avvalendosi anche dei sistemi SISR lotto 2 e A.R.E.A.S.; devono essere contenuti fenomeni quali:
 - scorte eccessive;
 - medicinali scaduti in magazzino;
 - medicinali scaduti in reparto;
 - utilizzo di confezioni di farmaci inadatte alle esigenze, con conseguente frazionamento e scarti (es. utilizzo di confezione da 100 unità posologiche a fronte di necessità di una sola unità posologica);
 - fuoriscite dal sistema (sfridi).

Risultati programmati

A livello Regionale:

- Identificazione delle *best practices* per quanto riguarda il costo di acquisto e l'utilizzo in termini di DDD/1000 abitanti/die dei medicinali e condivisione dei risultati con ASReM.
- Analisi delle attuali modalità di gestione dell'intero processo logistico riguardante le strutture ospedaliere (es. attivazione presso le singole strutture del sistema SISR lotto 2, A.R.E.A.S., etc.).
- Emanazione di "Linee Guida" riguardanti il miglioramento delle modalità di gestione del processo logistico, dall'approvvigionamento all'utilizzo.

A livello ASReM:

- Riduzione del costo di acquisto dei farmaci che presentano scostamenti rilevanti in termini di costo di acquisto rispetto alla *best practice* individuata dalla Regione.
- Miglioramento dell'appropriatezza di utilizzo per i farmaci che presentano un eccesso di consumo in termini di DDD/1000 abitanti/die rispetto alla *best practice* individuata dalla Regione.
- Effettiva applicazione delle "Linee Guida" regionali riguardanti il miglioramento delle modalità di gestione del processo logistico, dall'approvvigionamento all'utilizzo.

Indicatori di risultato

A livello Regionale:

- Identificazione delle *best practices* per quanto riguarda il costo di acquisto e l'utilizzo in termini di DDD dei medicinali e condivisione dei risultati con ASReM entro il 31 ottobre 2011.
- Analisi delle attuali modalità di gestione dell'intero processo logistico riguardante le strutture ospedaliere entro il 15 novembre 2011.
- Emanazione di "Linee Guida" riguardanti il miglioramento delle modalità di gestione del processo logistico, dall'approvvigionamento all'utilizzo entro il 31 dicembre 2011

A livello ASReM:

- Riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera da monitorare trimestralmente.

Intervento 5.3: Razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale

Azione 5.3.1: Implementazione dell'attività di informazione scientifica dipendente ed indipendente sul farmaco

La regione Molise con DGR n. 116 del 9 febbraio 2007 ha emanato le linee-guida inerenti l'attività di informazione scientifica sul farmaco promossa dalle Aziende farmaceutiche, ai sensi dell'art. 48 della legge n. 326/2003 e con DGR n. 383 del 15 aprile 2009 ha approvato il Progetto "informazione medico-scientifica aziendale", quale iniziativa programmata nell'ambito della "informazione indipendente" e della "farmacovigilanza" ascrivibile all'intervento "monitoraggio dell'uso appropriato dei farmaci" – macroarea piano di contenimento della spesa farmaceutica. Quest'ultima iniziativa, peraltro, è stata prevista anche nella emananda legge finanziaria del Molise ai fini del governo della spesa farmaceutica. La presente azione prevede l'implementazione e la messa a regime delle iniziative assunte al fine di perseguire gli obiettivi connessi alla puntuale e corretta attuazione di detto strumento informativo

L'attività prevede:

- disciplina della informazione scientifica indipendente, confermando e implementando le attività del progetto "informazione medico-scientifica aziendale";
- costituzione della commissione di vigilanza e controllo ex DGR n.116/2007 e messa a regime dell'attività;
- vigilanza e controllo della informazione scientifica ex art. 48 legge n. 326/2003 di cui alla DGR n. 116/2007, mediante lo specifico organismo;
- disciplina della tipologia e della gravità delle inadempienze relative alle linee guida sulla informazione scientifica ex art. 48 legge n. 326/2003, di cui alla DGR n. 116/2007, con individuazione del sistema sanzionatorio a carico dei soggetti coinvolti nel processo.

Risultati programmati

A livello Regionale:

- Redazione di apposito piano di attività della Commissione di vigilanza e controllo sull'attività di informazione scientifica, promossa dalle Aziende farmaceutiche, ex DGR n. 116/2007, costituita con DCA 8/2011.
- Riconduzione, in relazione all'attività dell'informazione dipendente ex art. 48 legge n. 326/2003, di cui alla DGR n. 116/2007, ad un numero di 5 incontri annui per ogni sanitario interessato al farmaco.

A livello ASReM:

- Piano di incontri tra MMG, PLS, Medici Ospedalieri e informatori indipendenti.
- Messa a regime dell'attività.

Indicatori di risultato

A livello Regionale:

- Redazione di apposito piano di attività della Commissione di vigilanza e controllo sull'attività di informazione scientifica, promossa dalle Aziende farmaceutiche, ex DGR n. 116/2007, costituita con DCA 8/2011 entro il 31 ottobre 2011.

A livello ASReM:

- Monitoraggio del numero di incontri annui/sanitario.
- Monitoraggio del costo medio ricetta anno di riferimento vs anno precedente.

Valorizzazione Programma Operativo 5: Razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica

Intervento 5.1: Razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata/territoriale

Azione 5.1.1: Sviluppo di un sistema informativo locale e di un sistema di *reporting* per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva

È stato stimato l'effetto congiunto delle azioni sulla riduzione dei consumi e sulla riduzione del costo per DDD, relativo ai farmaci antibiotici. Per calcolare il risparmio ottenibile attraverso la riduzione dei consumi, il consumo teorico è stato valorizzato al costo per DDD della relativa regione. Si è ottenuta, quindi, la spesa teorica, a costo per DDD invariato. L'eccesso di spesa è stato calcolato come la differenza tra la spesa effettiva e la spesa teorica. Per quantificare il risparmio ottenibile dalla riduzione del costo per DDD il consumo effettivo è stato valorizzato al costo per DDD della regione con costo più basso. La spesa teorica così calcolata è stata sottratta alla spesa effettiva, per la quantificazione dei risparmi ottenibili (eccesso di spesa). È stato così misurato il risparmio ottenibile dalle due azioni combinate di riduzione del consumo e del costo per DDD, valorizzando il consumo teorico al costo per DDD della regione con costo più basso.

I dati di spesa riportati in Tabella 29 fanno riferimento all'anno 2009. Per il Molise si rileva un risparmio teorico di € 3.698.588. Per il prossimo biennio, pur ponendo in essere ogni azione utile, per motivi prudenziali ci si pone attraverso un *target* più verosimilmente conseguibile, corrispondente ad una riduzione della spesa pari a circa il 20% del potenziale risparmio, che risulta essere pari a circa **0,7 milioni di Euro**.

Considerando i tempi necessari per la messa in atto delle azioni previste, le azioni già messe in atto dalla Regione Molise e i mesi di efficacia della manovra per l'anno 2011, nel prossimo biennio il risparmio atteso riportato sopra viene ripartito con la seguente proporzione:

- Anno 2011: 1/3 del totale pari a circa **0,2 milioni di Euro**;
- Anno 2012: restante 2/3 pari a circa **0,5 milioni di Euro**.

REGIONE	Spesa SSN (€) (A)	Spesa teorica a 17,25 DDD/1000 ab die e costo per DDD più basso (1,66€- Lombardia) (B)	Risparmio teorico a 17,25 DDD/1000 ab die e costo per DDD più basso (1,66€- Lombardia) (A-B)
ITALIA	1.038.371.373	627.577.541	413.118.915
Piemonte	60.939.507	48.999.458	11.940.050
Valle d'Aosta	1.546.760	1.353.045	193.716
Lombardia	109.404.808	101.724.858	7.679.951
Bolzano - P.A.	3.985.975	4.885.860	-
Trento - P.A.	5.844.033	5.343.669	500.365
Veneto	54.457.573	50.728.516	3.729.058
Friuli Venezia Giulia	12.668.714	13.763.890	-
Liguria	24.158.874	19.235.739	4.923.135
Emilia Romagna	57.263.470	47.510.247	9.753.223
Toscana	60.558.466	41.353.827	19.204.639
Umbria	15.179.342	9.905.503	5.273.840
Marche	28.996.576	17.121.398	11.875.179
Lazio	114.513.845	58.411.553	56.102.293
Abruzzo	26.358.801	14.234.868	12.123.933
Molise	7.073.518	3.464.931	3.698.588
Campania	146.174.602	54.892.116	91.192.486
Puglia	100.348.281	40.648.855	59.699.426
Basilicata	11.788.862	6.142.080	5.646.783
Calabria	47.201.918	20.247.879	26.954.040
Sicilia	124.495.424	50.348.186	74.147.239
Sardegna	25.742.015	17.171.043	8.570.972

Tabella 29 – Spesa a carico del SSN per gli antibatterici a uso sistemico, spesa teorica, e risparmi ottenibili dall'effetto congiunto della riduzione dei consumi e del costo per DDD per regione. (Anno 2009) (Fonte: Studio AIFA "Sovraconsumo di antibiotici ed eccesso di spesa farmaceutica")

Azione 5.1.4: Incentivo alla prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto

Per procedere alla valorizzazione dell'azione in questione è stato necessario individuare per gli anni 2011 e 2012 si individua quale *target*, la *best practice* nazionale; la simulazione del risparmio atteso nel 2012 per le categorie oggetto di monitoraggio misura la diminuzione teorica di spesa nell'ipotesi che la regione Molise raggiunga i livelli della regione *best-in-class* a livello nazionale (Tabella 30). La stima ottenuta è pari a € 4.127.653. Tale valore è stato abbattuto prudenzialmente del 80% per tenere conto del rischio associato all'ipotesi di allineamento al valore della *best-in-class*. Il risparmio conseguibile a regime è stimato cautelativamente in circa **0,8 milioni di Euro**.

Considerando i tempi necessari per la messa in atto delle azioni previste e i mesi di efficacia della manovra per l'anno 2011, nel prossimo biennio il risparmio atteso riportato sopra viene ripartito con la seguente proporzione:

- Anno 2011: 1/3 del totale pari a circa **0,3 milioni di Euro**;
- Anno 2012: restanti 2/3 pari a circa **0,5 milioni di Euro**.

REGIONE	IPP	ACE INIBITORI	ACE INIBITORI	LOSARTAN (*)	STATINE	INIBITORI	TOTALE
	A02BC	C09A/C09C	C09B/C09D	C09CA	C10AA	SEROTONINA N06AB	
ITALIA	251.977.556	152.334.682	121.030.542	18.530.093	67.558.385	40.698.416	652.129.674
010 - Piemonte	27.878.329	9.611.306	8.085.277	1.374.519	7.424.626	3.135.785	57.509.842
020 - Val d'Aosta	792.548	228.598	196.709	40.768	163.015	90.786	1.512.425
030 - Lombardia	30.694.999	14.404.695	13.964.055	2.776.884	7.045.700	1.863.540	70.749.874
041 - Bolzano - P. A.	1.937.343	1.007.764	512.195	102.546	671.622	311.741	4.543.210
042 - Trento - P.A.	2.773.363	730.485	779.973	145.362	568.704	269.097	5.266.984
050 - Veneto	27.327.314	3.236.628	3.308.835	963.347	5.538.440	3.110.297	43.484.861
060 - Friuli Venezia Giulia	7.720.849	1.973.514	1.820.770	356.639	2.167.247	749.909	14.788.928
070 - Liguria	7.963.158	6.240.711	4.669.506	686.603	3.598.701	1.231.909	24.390.587
080 - Emilia Romagna	22.007.383	6.276.912	6.697.023	1.249.535	2.783.841	2.057.336	41.072.029
090 - Toscana	17.189.567	5.551.111	4.973.427	839.121	1.862.654	1.821.294	32.237.174
100 - Umbria	4.181.553	-	489.045	271.725	264.083	672.880	5.879.285
110 - Marche	8.657.829	4.847.855	3.351.623	445.130	1.211.181	1.377.379	19.890.998
120 - Lazio	16.902.100	22.406.845	14.963.097	2.246.423	9.188.001	4.539.556	70.246.021
130 - Abruzzo	6.833.687	4.422.498	2.363.776	510.122	1.429.120	1.173.485	16.732.688
140 - Molise	561.992	1.765.271	942.374	156.631	392.322	309.065	4.127.653
150 - Campania	14.469.244	18.042.673	15.016.563	1.480.754	5.226.079	5.945.258	60.180.571
160 - Puglia	17.120.042	16.414.591	13.600.923	1.498.188	3.822.516	3.674.035	56.130.296
170 - Basilicata	3.519.927	1.863.723	1.596.004	206.561	355.738	488.182	8.030.136
180 - Calabria	7.626.816	8.485.876	7.176.748	846.805	4.364.459	1.378.126	29.878.829
190 - Sicilia	20.198.056	18.358.090	12.429.529	1.850.867	5.979.601	4.279.209	63.095.352
200 - Sardegna	5.621.457	6.465.536	4.093.092	481.563	3.500.735	2.219.548	22.381.932

Tabella 30– DL 78 GIUGNO 2010/Art. 11 [fonte:sistema TS (dati aggiornati al 19/02/2011_periodo gen / dic 2010)]

Azione 5.1.6: Acquisizione diretta ossigeno medicinale

La Regione Molise, nell'anno 2010, ha registrato una spesa per l'erogazione dell'ossigeno pari a circa 1.380.000 € (fonte Sistema TS); ipotizzando l'acquisizione diretta del gas medicinale da parte della Regione si potrebbe passare dall'attuale prezzo di rimborso pari a € 6,20/m3) a un costo di acquisto pari a circa € 3,09/m3, comprensivo di consegna/ritiro, tele monitoraggio del livello del contenitore e del livello di saturazione di ossigeno nel sangue.

I valori determinati da tale manovra sono stati stimati per il 2012 in circa **0,8 milioni di Euro**.

Considerando i tempi necessari per la messa in atto delle azioni previste e i mesi di efficacia della manovra, per l'anno 2011 i valori stimati sono pari a **0,1 milioni di Euro**.

Manovra Acquisizione diretta ossigeno medicinale	
A) Spesa 2010 (€)	1.380.000,00
B) Prezzo di rimborso (€/m3)	6,20
C) Prezzo potenziale Regione (€/m3)	3,09
D) Riduzione % Prezzo	50%
E) Tendenziale 2011	1.520.234,50
F) Manovra 2011 (€) = ExDx2/12	127.094,87
G) Tendenziale 2012	1.674.719,53
H) Manovra 2012 (€) = GxD	840.060,92

Tabella 31– Acquisizione diretta ossigeno medicinale

Intervento 5.2: Razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera

Azione 5.2.3: Razionalizzazione del processo di approvvigionamento e della catena logistica del farmaco

Si riporta di seguito la dinamica di crescita tendenziale della spesa per prodotti farmaceutici, emoderivati e dietetici e l'incidenza di tale voce di spesa rispetto ai contributi FSR di competenza della Regione Molise.

Nature CE	2008	2009	2010	Tend. 2011	Tend. 2012
Prodotti Farmaceutici, Emoderivati E Dietetici	30.520	34.216	37.038	40.802	44.948
Crescita Annuale	NA	12%	8%	10%	10%

Tabella 32 – Crescita spesa per prodotti farmaceutici, emoderivati e dietetici 2008 - 2012

Per considerare la sola componente relativa alla farmaceutica ospedaliera si è proceduto come riportato di seguito:

- sono state sommate le voci del modello CE (fonte dati NSIS 2010)
 - B.1.A.1 – Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati;
 - B.1.A.2 – Ossigeno;
- dalla somma precedentemente calcolata sono state sottratte:
 - la spesa relativa alla Distribuzione Diretta (flusso DM 31.07.2007);
 - il *pay back* dell'ospedaliera (fonte AIFA);
 - la spesa relativa ai vaccini (fonte ASReM);

Il valore risultante, per l'anno 2010 è pari a circa **21 milioni di Euro**, per stimare i valori relativi agli anni 2011 e 2012 è stato applicato il tasso medio di crescita annuo (CAGR) tendenziale della voce di CE prodotti farmaceutici, emoderivati e dietetici. Tali valori risultano essere pari a circa **23,1 milioni di Euro** per il 2011 e **25,5 milioni di Euro** per il 2012 come riportato nella tabella seguente.

Nature CE	Cons. 2010	Tend. 2011	Tend. 2012
A) Contributi F.S.R.	558.136	566.247	581.778
B) Stima spesa Farmaceutica Ospedaliera	20.987	23.119	25.469
C) Incidenza = B / A	3,8%	4,1%	4,4%
D) Obiettivo rispetto tetto %	2,4%	2,4%	2,4%
E) Obiettivo assoluto rispetto tetto	13.395	13.590	13.963
F) Delta = B - E	7.591	9.529	11.506
G) Delta adj = F*20%	NA	1.906	2.301
H) Manovra	NA	635	2.301

Tabella 33 – Rapporto spesa farmaceutica ospedaliera vs FSR 2010 – 2012 e potenziale manovra

La Regione Molise, attuando le azioni necessarie al contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera, con l'obiettivo del rispetto del tetto di spesa del 2,4% previsto dalla normativa vigente potrebbe conseguire una manovra potenziale di circa **9,5 milioni di Euro** rispetto al tendenziale 2011 e di circa **11,5 milioni di Euro** rispetto al tendenziale 2012.

Vista l'importanza degli interventi da porre in essere e la distanza dall'obiettivo in termini relativi ed assoluti, si stima in via cautelativa un abbattimento del 80% del valore della

potenziale manovra ovvero una manovra per il 2011 pari a circa **1,9 milioni di Euro** e pari a circa **2,3 milioni di Euro per l'anno 2012**.

Considerando i tempi necessari per la messa in atto delle azioni previste e i mesi di efficacia dell'azione per l'anno 2011, la manovra per tale anno è pari a un terzo della manovra possibile ovvero **0,6 milioni di Euro**.

Programma Operativo 6: Interventi di sistema

Interventi di sistema: valorizzazione manovre (€/mIn)		
	2011	2012
Interventi di sistema	5,1	0,7
Accreditamento istituzionale	-	-
<i>Rilascio dell'accreditamento istituzionale alle strutture provvisoriamente accreditate</i>	-	-
Attuazione disposizioni di cui al DM 11 Dicembre 2009	-	-
<i>Verifica delle esenzioni con la collaborazione dei Medici prescrittori</i>	-	-
Razionalizzazione del parco apparecchiature biomedicali	-	-
<i>Ricognizione della dotazione regionale di apparecchiature biomedicali</i>	-	-
<i>Revisione ed eventuale dismissione dei contratti di leasing o di noleggio e smaltimento della apparecchiature vetuste</i>	-	-
Accantonamento Rischi Generico	5,0	-
<i>Accantonamento Rischi Generico</i>	5,0	-
Compartecipazioni	0,1	0,7
<i>Compartecipazioni per attivazione Day Service</i>	0,1	0,7

Tabella 34 – Sintesi manovre

Intervento 6.1: Accreditamento istituzionale

Azione 6.1.1: Rilascio dell'accreditamento istituzionale alle strutture provvisoriamente accreditate

L'istituto dell'accreditamento è stato introdotto nel nostro ordinamento dal D.Lgs. n. 502/92 che all'art. 8-bis, 1° comma dispone che "Le Regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'art. 1 avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'art. 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies".

Il successivo art.8-quater, rubricato "Accreditamento istituzionale", al 1° comma stabilisce che "L'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private e ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti".

Orbene, i requisiti "minimi organizzativi generali" e quelli "strutturali, tecnologici e organizzativi" previsti dal D.P.R. 14 gennaio 1997, per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, devono essere integrati da requisiti "ulteriori" ai fini del riconoscimento dell'accreditamento.

L'accreditamento, pertanto, presuppone il provvedimento di autorizzazione e si estrinseca in un provvedimento con il quale la Regione si esprime circa il possesso da parte del soggetto già autorizzato, che fa richiesta di accreditamento, di quei requisiti ulteriori affinché il richiedente diventi un potenziale erogatore di prestazioni sanitarie nell'ambito e per conto del Servizio Sanitario Regionale.

La Regione Molise, nel dar seguito a quanto previsto dall'art. 8-quater del D.Lgs. n. 502/92, così come integrato dal successivo D.Lgs. n. 229/99, con la legge n. 18 del 24 giugno 2008, avente ad oggetto "Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private", al fine di garantire l'erogazione di prestazioni efficaci e sicure, il miglioramento continuo della qualità e delle strutture sanitarie, pubbliche e private, nonché lo sviluppo programmato e sistematico del Servizio sanitario regionale, ha dettato, per l'appunto, norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie, nonché di accreditamento istituzionale.

L'accREDITamento, ai sensi di quanto disposto dalla L.R. n. 18/08, art. 15 e ss., è il titolo necessario per la stipula degli accordi contrattuali, ai sensi dell'articolo 8 quinquies del D.lgs 502/92, nell'ambito della disciplina vigente e nel rispetto di principi di imparzialità, trasparenza, buon andamento e libera concorrenza tra pubblico e privato.

Oggetto dell'accREDITamento istituzionale sono le funzioni svolte dalle strutture sanitarie, tenuto conto della capacità produttiva, in coerenza con gli indirizzi della programmazione regionale e del fabbisogno di attività, al fine di migliorare l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento di nuove strutture e studi.

L'accREDITamento viene concesso ai soggetti già in possesso dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria, subordinatamente alla sussistenza delle seguenti condizioni:

- coerenza delle funzioni svolte con gli indirizzi della programmazione regionale;
- rispondenza ai requisiti ulteriori, rispetto a quelli richiesti ai fini dell'autorizzazione, individuati nel "Manuale dei requisiti per l'Autorizzazione ed Accredimento delle Strutture Sanitarie" di cui alla DGR n. 1135/08;
- verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati ottenuti.

In attuazione di quanto disposto dalla L.R. 18/08, in particolare agli artt. 15 e ss., con deliberazione di G.R. n. 219 del 10.03.09, è stato approvato l'Avviso Pubblico per l'accREDITamento istituzionale delle strutture sanitarie private provvisoriamente accreditate, ex artt. 15 e ss. L.R. n. 18/08 e s.m.i.

L'avviso in parola, pubblicato sul BURM e sul sito web della Regione Molise, è scaduto in data 25/05/09.

Le visite di verifica, tutte effettuate nel corso dell'annualità 2010, hanno riguardato tutte le strutture sanitarie private presenti sul territorio regionale, provvisoriamente accreditate ai sensi degli artt. 26 e 27 della L.R. n. 18/08 cit., e per le strutture ospedaliere e di maggiore complessità si sono svolte in collaborazione con i valutatori dell'ASSR-Regione Emilia Romagna, giusta convenzione, di cui alla DGR n. 600/09.

Parallelamente, è stato attivato il procedimento per l'accREDITamento istituzionale delle strutture socio-sanitarie.

La Regione ha completato le verifiche ispettive circa il possesso dei requisiti, così come previsti dalla DGR n. 1135/08 (ed integrati con D.G.R. n. 738/09 per le strutture a carattere socio-sanitario), di approvazione del Manuale dei Requisiti per l'Autorizzazione ed Accredimento delle Strutture Socio-Sanitarie, mediante la redazione di apposito rapporto finale di verifica.

Le verifiche espletate (per un numero complessivo di circa settantasei strutture operanti nel territorio regionale) hanno consentito di avere un quadro dettagliato e preciso delle strutture private provvisoriamente accreditate.

Ai fini del rilascio del provvedimento di accreditamento istituzionale è stata considerata, la coerenza con il fabbisogno dell'assistenza ospedaliera di cui al documento inerente la Ristrutturazione della Rete Ospedaliera Regionale, decreto del Commissario ad Acta n. 19/2010, e successivo DCA 20/2011, secondo l'analisi del fabbisogno e la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

Nella Legge Finanziaria Regionale 2011, il termine per la conclusione del procedimento di accreditamento istituzionale è stato prorogato per tutte le strutture al 30 giugno 2011. Nella stessa data sono stati adottati i consequenziali provvedimenti finali con la Nota prot. 9067/11 della DG V Politiche per la tutela della salute - Gestione commissariale - del 6 luglio 2011 è stato riportato l'elenco delle strutture private ospedaliere ed ambulatoriali per le quali è stato completato l'accredimento in via definitiva. Per le strutture già provvisoriamente accreditate. Si sottolinea che i provvedimenti di accreditamento istituzionale sono stati rilasciati tenendo conto della coerenza con il piano del fabbisogno di assistenza di prestazioni sanitarie.

L'intervento in parola non è suscettibile di valorizzazione economica, ma si traduce, comunque, in un il miglioramento qualitativo del sistema sanitario, che esso determina.

L'accredimento istituzionale, infatti, rappresenta il mezzo attraverso il quale selezionare erogatori particolarmente efficienti e qualificati; esso, inoltre, come si è detto, costituisce il titolo necessario per la stipula degli accordi contrattuali che, pertanto, non potranno che intercorrere con le strutture sanitarie che siano in grado di assicurare l'erogazione di prestazioni efficaci e sicure.

Intervento 6.2: Attuazione disposizioni di cui al DM 11 Dicembre 2009

Azione 6.2.1: Verifica delle esenzioni con la collaborazione dei Medici prescrittori

La Regione Molise, stante l'elevato numero di prestazioni attualmente erogate in regime di esenzione per reddito, intende mantenere il controllo diretto sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali centralizzando e sistematizzando il processo di verifica delle esenzioni, con la collaborazione attiva dei medici prescrittori.

In sintesi la procedura prevista dalla normativa prevede i seguenti passaggi:

In capo a SOGEI:

- il Sistema tessera sanitaria attraverso specifiche funzionalità di interrogazione:
 - seleziona i nuclei familiari sulla base delle soglie di reddito;
 - associa ad ogni singolo assistito dei nuclei familiari di cui al primo punto), il codice di esenzione;
 - rende disponibile, annualmente, entro quindici giorni dalla disponibilità dei dati ai medici prescrittori del SSN e alle Aziende sanitarie locali le informazioni di cui al secondo punto.

A livello Regionale:

- il medico, su richiesta dell'assistito, rileva l'eventuale codice di esenzione e lo riporta sulla ricetta;
- le strutture di erogazione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, riconoscono l'esenzione del reddito solo in presenza del relativo codice e inviano al sistema tessera sanitaria, anche l'informazione relativa al *ticket* non pagato;
- le ASL sono tenute ad effettuare i controlli, che devono essere conclusi entro 6 mesi dalla disponibilità del dato, su:
 - autocertificazioni, per coloro che, ai sensi del C.7 del DM 11/12/2009, intendono avvalersi del diritto di esenzione, in difformità dalle informazioni messe a disposizione da SOGEI;
 - autocertificazioni dello stato di disoccupazione, che egualmente da diritto all'esenzione;
- In caso in cui i controlli accertino il diritto all'esenzione, l'ASReM, comunica al cittadino l'elenco delle prestazioni di cui ha fruito e la corrispondente quota di compartecipazione che deve versare. Qualora decorra il termine stabilito, sarà inibito al cittadino l'accesso a nuove prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico dell'SSN.

Si prevede quindi la seguente attività:

- Controllo da parte di ASReM sui contenuti delle autocertificazioni.

Risultati programmati

- Maggiori entrate determinate dal recupero dei *ticket* attualmente non corrisposti alla Regione.

Indicatori di risultato

- Conclusione del processo di controllo sui contenuti delle autocertificazioni entro il 30 Settembre 2011.

Intervento 6.3: Razionalizzazione del parco apparecchiature biomedicali

Il censimento di apparecchiature biomedicali di diagnosi e di cura, per mezzo dei modelli gestionali ministeriali HSP14 e STS14, mostra una elevata dotazione di apparecchiature in Regione Molise.

La Tabella 35 riporta il numero di apparecchiature funzionanti in strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere e la relativa distribuzione in strutture pubbliche e private, presenti in Molise.

Descrizione apparecchiatura	Apparecchiature		
	funzionanti	% pubbliche	% private
MONITOR	296	63%	38%
ECOTOMOGRFO	278	90%	10%
LAMPADA SCIALITICA	153	71%	29%
EMODIALISI, APPARECCHIO PER	132	96%	4%
ANALIZZATORE MULTIPARAMETRICO SELETTIVO	107	50%	50%
VENTILATORE POLMONARE	93	62%	38%
TAVOLO OPERATORIO	60	72%	28%
ANALIZZATORE AUTOMATICO PER IMMUNOCHEMICA	61	56%	44%
GRUPPO RADIOLOGICO	59	85%	15%
ANESTESIA, APPARECCHIO PER	58	53%	47%
CONTAGLOBULI AUTOMATICO DIFFERENZIALE	38	50%	50%
TAVOLO TELECOMANDATO PER APPARECCHIO RADIOLOGICO	32	72%	28%
PORTATILE PER RADIOSCOPIA, APPARECCHIO	19	79%	21%
TOMOGRFO A RISONANZA MAGNETICA	15	47%	53%
TOMOGRFO ASSIALE COMPUTERIZZATO	15	53%	47%
ORTOPANTOMOGRFO	14	86%	14%
MAMMOGRFO	14	64%	36%
GAMMA CAMERA COMPUTERIZZATA	8	63%	38%
APPARECCHIO PER RADIOLOGIA DENTALE PANORAMICA	8	75%	25%
SISTEMA PER ANGIOGRAFIA DIGITALE	6	50%	50%
SISTEMA CT/PET INTEGRATO	2	50%	50%
ACCELERATORE LINEARE	2	0%	100%
TOMOGRFO AD EMISSIONE DI POSITRONI	1	0%	100%
CAMERA IPERBARICA	1	100%	0%
SISTEMA TAC GAMMA CAMERA INTEGRATO	0	0%	0%
Totale	1472	71%	29%

Tabella 35 – Dotazione grandi apparecchiature biomediche rilevate tramite flussi ministeriali

Per le strutture ospedaliere pubbliche si rileva una potenziale duplicazione tra i macchinari in esse allocati e quelli allocati in strutture territoriali che appartengono al bacino di utenza (Vedi Allegato A) delle strutture stesse. A fronte dello scenario rilevato è necessario procedere con una ricognizione della dotazione delle apparecchiature biomediche censite nei modelli HSP14 e STS 14 con l'obiettivo di:

- Verificare la consistenza dei dati disponibili per consolidare il confronto con il resto delle regioni;
- Valutare lo stato delle apparecchiature rilevate;
- Analizzare lo stato dei contratti in essere per procedere con la dismissione di eventuali contratti non in linea con il fabbisogno regionale;
- Riorganizzare la distribuzione geografica delle apparecchiature.

Azione 6.3.1: Ricognizione della dotazione regionale di apparecchiature biomedicali

La Regione Molise si impegna a terminare entro il 31 ottobre 2011 il processo di ricognizione della dotazione tecnologica delle strutture ospedaliere e territoriali, già in atto a seguito della **LR n.8 del 22 febbraio 2010**, con l'obiettivo di ottenere un inventario unico regionale.

Per i macchinari rilevati tramite i modelli gestionali HSP14 e STS14, tale ricognizione puntuale deve includere:

- La denominazione e il codice (HSP11 o STS11) della struttura dove il bene è allocato;

- La tipologia di contratto (es. acquisto, *leasing*, affitto, ecc.) e la data di fornitura dell'apparecchiatura;
- I parametri del contratto di (*leasing* finanziario o operativo, valore del contratto, valori della rata, valore del capitale da finanziare, del riscatto, della tasso di periodo, del numero di canoni, della eventuale penale per la dismissione del contratto, ecc.);
- Il costo annuo della manutenzione per i macchinari acquistati.

Risultati programmati

A livello ASReM:

- Convalida e invio alla Regione dell'inventario unico delle apparecchiature biomedicali funzionanti rilevate in tutte le strutture ospedaliere ed extra ospedaliere.

A livello Regionale:

- Consolidamento e invio al Ministero della Salute dei dati riportati nei flussi ministeriali HSP14 e STS14.

Indicatori di risultato

A livello ASReM:

- Disponibilità dell'inventario unico delle apparecchiature biomedicali al 31 ottobre 2011.
- Numero di strutture ospedaliere ed extraospedaliere per i quali la rilevazione è stata completata al 31 ottobre 2011.

A livello Regionale:

- Confronto tra il numero di apparecchiature riportate nei presenti Programmi Operativi e quelle censite nell'inventario unico regionale al 31 ottobre 2011.

Azione 6.3.2: Revisione ed eventuale dismissione dei contratti di *leasing* o di noleggio e smaltimento della apparecchiature vetuste

A seguito della valutazione del fabbisogno di apparecchiature, stimato sulla base delle dotazioni tecnologiche delle altre regioni italiane, e della presenza di duplicazioni e sovra dotazioni tecnologiche per i bacini di utenza degli ospedali pubblici molisani, ASReM dovrà:

- rivedere le caratteristiche contrattuali dei macchinari allocati nelle strutture ospedaliere ed extra ospedaliere,
- procedere con la dismissione dei contratti di noleggio o di *leasing* per i quali:
 - si registra una duplicazione di macchinari all'interno del rispettivo bacino di utenza;
 - la dismissione risulta conveniente rispetto ad eventuali penali;
 - la dismissione non comporta una riduzione concreta dell'accessibilità ai servizi per la popolazione;
- smaltire le apparecchiature vetuste per le quali i costi di manutenzione risultino svantaggiosi e non giustificabili;
- pianificare, in seguito al processo di dismissione e di smaltimento, la ridistribuzione geografica delle apparecchiature in modo da garantire massimi livelli di accessibilità e di copertura territoriale.

Nei presenti Programmi operativi si stabilisce che non sarà possibile procedere all'acquisto di nuove apparecchiature e all'attivazione di nuovi contratti di *leasing*, salvo previa autorizzazione regionale da ottenere tramite una richiesta specifica nella

quale sia chiaramente giustificata la necessità di nuove apparecchiature e le modalità di acquisizione previste.

Risultati programmati

A livello ASReM:

- Dismissione dei contratti di noleggio o di *leasing* in eccesso, fatto salvo il rispetto dei vincoli contrattuali, entro il 31 dicembre 2011.
- Smaltimento delle apparecchiature vetuste entro il 31 dicembre 2011.
- Riorganizzazione della distribuzione geografica delle apparecchiature biomediche entro il 30 giugno 2012.

Indicatori di risultato

A livello ASReM:

- Numero di contratti dismessi al 31 dicembre 2011.
- Numero di apparecchiature smaltite al 31 dicembre 2011.
- Riduzione della voce di costo "Canoni noleggio (area sanitaria)" al 31 dicembre 2012.
- Riduzione della voce di costo "Canoni di leasing (area sanitaria)" al 31 dicembre 2012.
- Variazione del numero di apparecchiature al 30 giugno 2012.
- Numero di apparecchiature ricollocate al 30 giugno 2012.

Intervento 6.4: Compartecipazioni

Azione 6.4.1: Compartecipazioni per attivazione *Day Service*

Le attività di ricovero in regime diurno sono rappresentate a livello nazionale dal *day hospital* area medica e dalla *day surgery* area chirurgica. Si tratta di modelli organizzativi che da oltre un ventennio offrono la possibilità di trattamenti anche complessi che si esauriscono nell'arco di una giornata, in alcuni casi entro le 24 ore dall'accettazione.

Da molto tempo è in atto, a livello nazionale, un dibattito sul concetto di appropriatezza dei regimi assistenziali in oggetto, alla luce dell'adozione di nuovi standard di dotazione dei posti letto e di personale. Su tali basi il Patto per la salute del 3 dicembre 2009 introduce al comma 5 dell'articolo 6 (Razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri) quanto segue: *"In vista dell'adozione del provvedimento di revisione straordinaria del DPCM di definizione dei livelli essenziali di assistenza, secondo quanto previsto dal punto 2.4 del patto per la salute del 26 settembre 2006, si conviene che la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, venga integrata dalle Regioni e dalle province autonome in base alla lista contenuta negli elenchi A e B allegati alla presente intesa. Le regioni e le province autonome assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario, in regime di ricovero diurno ovvero in regime ambulatoriale. Nel caso di ricorso al regime ambulatoriale, le regioni e le province autonome provvedono a definire per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni, in via provvisoria, adeguati importi tariffari e adeguate forme di*

partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio sanitario nazionale rispetto alla erogazione in regime ospedaliero”.

Allo stato attuale i DRG a rischio inappropriately sono 108, comprensivi di:

- 43 DRG dell'allegato 2C del DPCM 29.11.2001
- 65 DRG introdotti con l'allegato B del Patto della Salute per gli anni 2010–2012.

Da questo si evince che gli obiettivi principali da perseguire, oltre alla garanzia della migliore assistenza al paziente, devono mirare alla riduzione del tasso di ospedalizzazione e dell'inappropriately al fine di promuovere l'efficienza operativa e l'equità distributiva. La disponibilità di nuove tecnologie sanitarie, lo sviluppo della pratica medica e del management ospedaliero e l'evoluzione epidemiologica rendono attuabile il trasferimento delle prestazioni, che potrebbero risultare inappropriate in regime ordinario, in altre forme assistenziali.

In alcune Regioni italiane sono state avviate significative esperienze legate alla possibilità di erogare prestazioni specialistiche, anche complesse, in regime ambulatoriale nell'ottica di promuovere una maggiore appropriatezza organizzativa, favorendo il trasferimento delle stesse dal regime di ricovero ordinario o diurno. Per tali esperienze sono stati proposti e realizzati modelli organizzativi genericamente denominati *day service* ambulatoriali o semplicemente *day service*.

In realtà all'interno del contenitore *day service* possono essere concentrati:

- percorsi assistenziali di natura medica, in sostituzione di attività rese oggi in regime di *day hospital* o di ricovero ordinario (i cosiddetti PAC – Pacchetti Ambulatoriali Complessi), identificati con il termine *day service* medico;
- percorsi assistenziali di natura chirurgica, in sostituzione del ricovero ordinario, identificati dal termine *day service* chirurgico (DSC).

La Regione, attraverso i presenti Programmi Operativi, al fine di migliorare la qualità delle prestazioni ospedaliere, si impegna a:

- attivare il servizio di *day service* chirurgico riducendo l'erogazione di prestazioni appartenenti ai DRG ad elevato rischio di inappropriatezza in regime ordinario;
- individuare le strutture (pubbliche e/o private) che diventeranno i centri di riferimento per l'attivazione del *day service* chirurgico;
- definire il modello organizzativo ed individuare le procedure invasive e semi-invasive che dovranno essere trattate in tali strutture distinguendo i casi per i quali è ammissibile o meno il ricovero ordinario del paziente a seguito di complicazioni determinate dall'intervento;
- emanare i provvedimenti per la definizione degli elenchi delle prestazioni di *day service* chirurgico da inserire nel tariffario nomenclatore regionale e della compartecipazione alla spesa da parte del cittadino;
- definire il flusso informativo necessario per il monitoraggio delle attività di *day service* chirurgico e assicurare la messa a regime di tale flusso informativo;
- definire i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi del *day service* chirurgico.

Si sottolinea che l'attivazione del servizio di *day service* chirurgico:

- non comporterà oneri aggiuntivi a carico del SSR poiché per le strutture pubbliche si prevede il recupero del personale sanitario e non, reso disponibile dalla razionalizzazione della rete ospedaliera, mentre per le strutture private si attuerà una conversione delle attività a parità di budget;
- prevede una quota di compartecipazione alla spesa da parte del cittadino e di conseguenza, oltre che ai risparmi indotti dal miglioramento organizzativo (non valorizzato nel presente Programma Operativo) si prevede un incremento delle entrate per il SSR.

Risultati programmati

A livello Regionale:

- Definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi del *day service* chirurgico entro il 30 settembre 2011.
- Identificazione delle strutture (pubbliche e/o private) che diventeranno i centri di riferimento per l'attivazione del *day service* chirurgico entro il 30 settembre 2011 e avvio delle attività entro il 31 ottobre 2011.
- Emanazione delle linee guida per l'attivazione del servizio di *day service* chirurgico entro il 31 agosto 2011.
- Emanazione dei provvedimenti per la definizione degli elenchi delle prestazioni di *day service* chirurgico da inserire nel tariffario nomenclatore regionale e relativa compartecipazione a carico dell'assistito entro il 30 settembre 2011.
- Definizione del flusso informativo necessario per il monitoraggio delle attività di *day service* chirurgico entro il 15 ottobre 2011.

Indicatori di risultato

A livello Regionale:

- Numero di prestazioni erogate in regime di *day service* chirurgico al 31 dicembre 2011 e al 31 dicembre 2012.
- Riduzione del volume di prestazioni chirurgiche erogate nel 2011 e nel 2012 appartenenti ai DRG ad elevato rischio di inappropriatezza.
- Numero di strutture (pubbliche e/o private) nelle quali è attivo il servizio di chirurgia ambulatoriale al 31 dicembre 2011.
- Volume di dati disponibili nel flusso informativo necessario per il monitoraggio delle attività di *day service* chirurgico al 31 dicembre 2011 e al 31 dicembre 2012.

Intervento 6.5: Accantonamento Rischi Generico

Azione 6.5.1: Accantonamento Rischi Generico

Per il biennio 2011 – 2012 la Regione Molise ipotizza una possibile chiusura in via stragiudiziale delle richieste vantate (produzione *extrabudget*) dalle strutture private Neuromed e Cattolica per un importo di circa **17,5 milioni di euro**.

La Regione negli anni ha accantonato somme per fronteggiare eventuali pretese da parte dei suddetti soggetti per le prestazioni erogate *extrabudget* per un importo pari a **22,5 milioni di euro**.

Si ipotizza pertanto un beneficio derivante da questa operazione di diminuzione di passività pari a **5 milioni di euro**

Valorizzazione Programma Operativo 6: Interventi di sistema

Intervento 6.4: Compartecipazioni

Azione 6.4.1: Compartecipazioni per attivazione *Day Service*

Per valorizzare i ricavi che saranno generati dall'attivazione del servizio di *day service* chirurgico (DSC) è stato calcolato, in Tabella 36, il numero di prestazioni che saranno erogate in tale regime assistenziale. Il fabbisogno stimato (*ex post*) è stato calcolato a partire dal fabbisogno storico (*ex ante*), relativo all'anno 2010. Per il calcolo del volume di prestazioni che saranno erogate in *day service* chirurgico sono state considerate le seguenti ipotesi:

- la percentuale di prestazioni chirurgiche (17 DRG) appartenenti ai 43 DRG dell'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 che passeranno dal DO e dal DH al DSC è posta pari al 72% (80% delle prestazioni storiche ridotte del 10% per esclusioni);
- la percentuale di prestazioni chirurgiche (25 DRG) appartenenti ai 65 DRG introdotti con l'allegato B del Patto della Salute per gli anni 2010–2012 che passeranno dal DO e dal DH al DSC è posta pari al 72% (80% delle prestazioni storiche ridotte del 10% per esclusioni).

DRG Chirurgici	Ex ante				Ex Post			
	DO	DH	DSC	Totale	DO	DH	DSC	Totale
43 DRG	2.473	6.475	-	8.948	692	1.813	6.443	8.948
65 DRG	1.435	2.255	-	3.690	402	631	2.657	3.690
Totale	3.908	8.730	-	12.638	1.094	2.444	9.099	12.638

Tabella 36 – Fabbisogno di prestazioni in *day service* chirurgico

Il fabbisogno di prestazioni da erogare in DSC è pari a 9.099 prestazioni all'anno. Considerando che in una struttura dotata di due sale operatorie dedicate è possibile effettuare circa 12 interventi al giorno, se si considerano 5 giorni a settimana di apertura si può stimare che la struttura sia in grado di erogare poco più di 3000 interventi all'anno. Di conseguenza sarà necessario attivare il servizio di *day service* chirurgico in 3-4 strutture per fare fronte al fabbisogno stimato.

Per valorizzare i ricavi generati dall'attivazione del *day service* chirurgico è stata considerata una quota di compartecipazione a carico dell'assistito pari a 80 €. Considerando che l'attivazione del servizio è prevista per la fine del mese di ottobre sono state considerate per l'anno 2011 circa il 16% (2 mesi su 12) delle prestazioni che compongono il fabbisogno di prestazioni stimato. La Tabella 37 riporta il valore dei ricavi che saranno generati dalla compartecipazione associata all'erogazione di prestazioni in regime di *day service* chirurgico, che equivalgono a 0,1 mln € per il 2011 e a 0,7 mln € per il 2012.

	2011	2012
Prestazioni erogate (DSC)	1.517	9.099
Compartecipazione per singola prestazione (€)	80	80
Ricavi stimati (€)	121.325	727.949

Tabella 37 – Ricavi generati da compartecipazioni per *day service* chirurgico

Programma Operativo 7: Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi

Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi: valorizzazione manovre (€/mln)		
	2011	2012
Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi	3,9	6,4
Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi	3,9	6,4
<i>Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi</i>	3,9	6,4

Tabella 38 – Sintesi manovre

Intervento 7.1: Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi

Azione 7.1.1: Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi

La Regione Molise, risente ancora oggi degli effetti derivanti dalla precedente organizzazione in quattro ASL prima e, poi, in altrettante zone, alle quali erano affidati compiti di acquisto di beni e servizi in maniera non sempre sinergica e coordinata. L'attuale organizzazione in un'unica Azienda, solo ora comincia ad avviare gare uniche, anche se i risultati non appaiono essere, sulla base delle prime risultanze, allineati alle aspettative. Inoltre ancora molte forniture sono in proroga di vecchi contratti, pertanto la voce di conto economico acquisto beni e servizi appare essere un'area di intervento con prospettive interessanti, anche in considerazione al peso relativo rispetto al totale dei costi interni, pari a circa il 40%.

La Regione intende affrontare tale aggregato di costo concentrandosi, in una prima fase, sulle voci di spesa più importanti sia in termini di rilevanza economica, sia in termini di possibili risparmi attesi. In particolare sugli acquisti di: Prodotti Farmaceutici, che da soli tra Consuntivo 2009 e 2010 sono aumentati di 2,8 milioni circa in valore assoluto e del 8,2% in termini percentuali e di Servizi appaltati aumentati di 1,5 milioni nel loro complesso pari al 4,9%, ma con oscillazioni rilevanti su alcune tipologie specifiche quali ad esempio il Lavanolo che aumenta, sulla base di quanto riportato a CE, del 118%.

Le leve di intervento individuate, sulla base di una prima analisi su valori di benchmark, saranno sia sui prezzi, laddove le gare debbano essere rinnovate, sia, ma con risultati attesi forse ancora più interessanti, sulle quantità (consumi-controlli). Per essere efficaci infatti si prevede un contributo congiunto (differenziato nell'obiettivo) dell' ASReM e di CONSIP. Da un lato, l'ASReM interverrà sulle quantità consumate ed effettuando mirati controlli e tempestive contestazioni; dall'altro, CONSIP darà il proprio contributo favorendo o, attraverso l'accesso a gare centralizzate, o nell'affiancamento alla stesura dei capitolati, una riduzione dei prezzi di acquisto.

Nel seguito sono riportate le principali linee di intervento per tipologia di acquisto:

Prodotti Farmaceutici: rappresentano un obiettivo primario della Regione Molise, e dell'ASReM. In tal senso si prevede che:

- La Regione, con il supporto del NSIS ed in particolare del sistema Tracciabilità del farmaco, fornirà all'ASReM la quantità di farmaci consegnati nelle strutture pubbliche nel 2010 e mensilmente per tutto il 2011/2012 (coerentemente con quanto previsto dall'Azione 5.2.3: Razionalizzazione del processo di approvvigionamento e della catena logistica del farmaco);
- La Regione, con il supporto di AIFA ed in particolare del sistema registro AIFA, fornirà ad ASReM la quantità di farmaci per AIC registrate al fine di ridurre la differenza esistente tra quantità di farmaci consegnate alla struttura e quelle registrate (coerentemente con quanto previsto dall'Azione 5.2.3: Razionalizzazione del processo di approvvigionamento e della catena logistica del farmaco);
- L'ASReM dovrà agire soprattutto sulle quantità (sulle quali si prevede un apposito controllo delle quantità consegnate sulla base dei dati del sistema Tracciabilità del farmaco) e garantendo il pieno utilizzo del registro AIFA per tutti i farmaci oggetto dello stesso (coerentemente con quanto previsto dall' Azione 5.2.2: Implementazione e ridefinizione del processo riguardante la gestione dei farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA e dei farmaci per i quali sussistono accordi di extra-sconto);
- L'ASReM, di conseguenza, dovrà raggiungere gli obiettivi sulla voce di costo in questione come indicato nella sezione Valorizzazione Programma Operativo 5: Razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica.

Servizio di Lavanolo: Sulla base dei dati di riferimento disponibili, l'incidenza media del servizio in oggetto sul totale dei servizi non sanitari mostra un elevato scostamento rispetto alle regioni *benchmark*.

Il servizio in oggetto è stato appaltato in maniera unificata per tutta l'ASReM. Il costo complessivo annuo del servizio, da contratto, ammonta a 2.118.269 € oltre IVA 20% così suddiviso:

- Lavanolo, disinfezione, gestione guardaroba, trasporto, ritiro e consegna di tutta la biancheria, divise complete, materasseria in poliuretano espanso e materassi speciali per la cura del decubito inclusi oneri della sicurezza € 1.913.440 oltre IVA 20%;
- fornitura di materiale monouso in TNT e di accessori sterili per interventi chirurgici inclusi oneri della sicurezza € 204.829 oltre IVA 20% che sono valorizzati a partire dai servizi di disinfestazione e sterilizzazione.

Il valore del contratto in oggetto è stato valutato sulla base del prezzo unitario associato alle giornate di degenza, alla quantità (kg) di biancheria, al numero di giornate lavorative complessive e alle giornate di utilizzo dei materassi antidecubito. Da un primo esame l'importo appare sottostimato.

Alcune evidenze d'incoerenza ad esigenze di verifica, in ordine alla fatturazione, sono già emerse in un primo esame effettuato dal sub commissario il 5 Agosto 2011 col supporto dell'*Advisor*, in contraddittorio con l'ASReM con prospettive di contestazione per alcune centinaia di migliaia di euro.

La Regione Molise ha quindi attivato, attraverso l'ASReM, l'immediata verifica dei principali motivi/comportamenti di consumo che hanno determinato tale situazione, nonché la

ricognizione di ogni eventuale contratto integrativo ancora eventualmente vigente presso le ex zone. In particolare sono in corso di analisi gli impatti dei consumi di materiale monouso TNT per valutare la loro ragionevolezza in relazione a standard di riferimento per intervento, le modalità di fatturazione e controllo.

La verifica in atto dovrà essere portata a termine entro il 30 settembre 2011. Entro tale data ASReM dovrà inviare alla Regione una relazione contenente:

- un rapporto riguardante i principali motivi/comportamenti di consumo che hanno determinato la situazione riscontrata;
- una relazione riguardante l'analisi degli impatti dei consumi di materiale monouso TNT e la loro ragionevolezza in relazione a standard di riferimento per intervento;
- una relazione contenente le modalità di fatturazione ed i controlli effettuati e un dettagliato rapporto sulle contestazioni fatte alla società appaltante e l'evidenza di eventuali note di credito pervenute a seguito di tali contestazioni;
- i nuovi protocolli per il servizio di disinfezione e sterilizzazione.

Attraverso i presenti Programmi Operativi la Regione si impegna ad aggiornare il contratto relativo al servizio di Lavanolo. Tale processo dovrà considerare da un lato l'adeguamento ai parametri di costo riscontrabili nelle regioni *benchmark* (effetto prezzo), dall'altro la riduzione di giornate di degenza che sarà indotta dalla riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale (effetto quantità).

A tal proposito è necessario implementare apposite procedure riguardanti:

- comunicazione del numero di giornate di degenza al fornitore;
- controllo del differenziale tra fatturato e consegnato previsto a partire dal numero di giornate di degenza (CO.GE.);
- rilevazione dei parametri medi di cambio biancheria dei reparti;
- analisi del fenomeno dei reparti che richiedono il servizio di disinfezione: quali reparti la richiedono, quali ne avrebbero necessità, calcolo statistiche per evidenziare situazioni anomale;
- mappatura del processo di stoccaggio e movimentazione della teleria sterilizzata;
- mappatura del processo di utilizzo del TNT e delle relative richieste al fornitore, della composizione dei set TNT e della coerenza dei prezzi unitari;
- mappatura dell'utilizzo dei materassi antidecubito;
- verifica di coerenza del materiale consegnato (kg disinfettati, sterilizzati, TNT);
- ricerca informazioni peso medio per pezzo (traverse, lenzuola, copriletto, federe etc.);
- analisi del numero di interventi per presidio e verifica (se possibile) di distonie nei consumi per presidio.

Servizio di Mensa a degenti e dipendenti: Sulla base dei dati di riferimento disponibili, anche l'incidenza media mostra un elevato scostamento rispetto alle regioni *benchmark*.

La situazione ad oggi non è stata ancora affrontata in maniera unificata, attualmente sono in proroga quattro distinti contratti, uno per ciascuna ex zona. Appare quindi urgente l'indizione

di una gara unificata che l'ASReM si impegna a bandire entro il 31 ottobre 2011 e aggiudicare entro il 29 febbraio 2012. A tal fine ASReM presenterà entro il 30 settembre 2011 una chiara definizione dei principali parametri quantitativi alla base dell'appalto, nonché, per il periodo di transizione, una relazione che analizzi l'attuale situazione circa i consumi per reparto, rappresentati in coerenza con quanto stabilito nei capitolati, il numero dei dipendenti che accedono al servizio di mensa, nonché sia per i degenti sia per i dipendenti l'incidenza procapite a consuntivo del relativo costo.

Attraverso i presenti Programmi Operativi la Regione si impegna a completare il processo di aggiudicazione del contratto relativo al servizio di Mensa a degenti e dipendenti. Tale processo dovrà considerare da un lato l'adeguamento ai parametri di costo riscontrabili nelle regioni *benchmark* (effetto prezzo), dall'altro la riduzione di giornate di degenza che sarà indotta dalla riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale e della progressiva riduzione dell'organico dettata dal blocco del *turn-over* (effetto quantità).

Si sottolinea che, sebbene l'aggiudicazione della gara sia prevista per gennaio 2012, sarà necessario garantire fin da subito la riduzione dei consumi e dei costi associati al servizio di Mensa a degenti e dipendenti in coerenza con gli obiettivi della gara stessa.

A tal proposito è necessario implementare apposite procedure riguardanti:

- comunicazione del numero di pasti da consegnare al reparto;
- analisi della struttura contrattuale che prevede sia un importo stimato complessivo che il prezzo per pasto;
- verifica di qualità: ottenere ed analizzare le ultime 5 relazioni mensili dei Direttori Sanitario, Amministrativo e di Distretto;
- verifica puntuale tra fatturato, ordini da reparto e dipendenti che godono del diritto alla mensa;
- analisi del fenomeno di richiesta prodotti per dispensa di reparto: quali reparti la richiedono, quali ne hanno necessità, calcolo statistiche per evidenziare situazioni anomale;

Servizio di Pulizia: Sulla base dei dati di riferimento disponibili, l'incidenza media del servizio in oggetto sul totale dei servizi non sanitari è pari a circa il 16% in Molise (sulla base dei dati rilevabili dal IV trimestre ed in attesa dei risultati dell'analisi in corso). Tale valore mostra un elevato scostamento rispetto alle regioni *benchmark*, per le quali l'incidenza della spesa sostenuta per il servizio di Pulizia, sul totale dei servizi non sanitari, è pari a circa l'11%.

Anche per questa tipologia di servizi la situazione ad oggi non è stata ancora affrontata in maniera unitaria. Attualmente sono in proroga i contratti che regolamentavano il servizio di Pulizia che risalgono alla precedente organizzazione che vedeva quattro zone distinte.

In questo senso è urgente l'indizione di una gara unificata che l'ASReM si impegna a bandire entro il 31 ottobre 2011 e aggiudicare entro il 29 febbraio 2012. A tal fine ASReM presenterà entro il 30 settembre 2011 una chiara definizione dei principali parametri quantitativi alla base dell'appalto di gara e una relazione alla Regione che analizzi l'attuale stato di utilizzo delle strutture/superfici oggetto a suo tempo di gara/fatturazione.

Attraverso i presenti Programmi Operativi la Regione si impegna a completare il processo di aggiudicazione del contratto relativo al servizio di Pulizia. Tale processo dovrà considerare da un lato l'adeguamento ai parametri di costo riscontrabili nelle regioni *benchmark* (effetto prezzo).

Si sottolinea che, sebbene l'aggiudicazione della gara sia prevista per gennaio 2012, sarà necessario garantire fin da subito la riduzione dei consumi e dei costi associati al servizio di Mensa a degenti e dipendenti in coerenza con gli obiettivi della gara stessa.

A tal proposito è necessario implementare apposite procedure riguardanti:

- comunicazione della superficie (in metri quadrati) da pulire e delle eventuali variazioni in corso d'opera;
- verifica di qualità: ottenere ed analizzare le ultime 5 relazioni mensili dei Direttori Sanitario, Amministrativo e di Distretto;
- verifica puntuale di coerenza tra fatturato, presenze e relazioni mensili (CO.GE.)
- analisi del fenomeno di richiesta di interventi straordinari: quali reparti la richiedono, quali ne hanno necessità, calcolo statistiche per evidenziare situazioni anomale;

Servizi di Reception, guardiania, CUP: come per gli altri sopra citati servizi è necessario implementare apposite procedure riguardanti:

- valutazione di opportunità;
- verifica di qualità: ottenere ed analizzare le ultime 5 relazioni mensili dei Direttori Sanitario, Amministrativo e di Distretto;
- verifica puntuale di coerenza tra fatturato, presenze e relazioni mensili (CO.GE.)

Per quanto riguarda l'acquisto dei servizi in oggetto (Lavanolo, Mensa, Pulizia, Reception, guardiania e CUP), sarà necessario garantire la presenza in forma scritta del parere di regolarità contabile, da parte del responsabile UOC Economico Finanziario, volto ad assicurare ad esempio la regolarità dell'iter amministrativo/contabile, la conformità alle norme fiscali, il rispetto dei principi generali di contabilità dettati dalla normativa vigente, la corretta gestione del patrimonio, l'attestazione della copertura economica.

Risultati programmati

A livello ASReM:

- Contenimento entro i limiti programmati della spesa per l'acquisto di farmaci da parte dell'ASReM, agendo soprattutto sulle quantità; presentazione di una Relazione che illustri le quantità acquistate nel 2010 e nel primo semestre 2011 indicanti i razionali che consentiranno la riduzione della spesa nel secondo semestre 2011 e del 2012, così come previsto dai Programmi Operativi.
- Condivisione con la Regione di un rapporto riguardante i principali motivi/comportamenti di consumo che hanno determinato la spesa relativa al servizio di Lavanolo per l'anno 2010 entro il 30 settembre 2011.

- Condivisione con la Regione di una relazione riguardante l'analisi degli impatti dei consumi di materiale monouso TNT e la loro ragionevolezza in relazione a standard di riferimento per intervento entro il 30 settembre 2011.
- Condivisione con la Regione di una relazione riguardante il servizio di Lavanolo, contenente le modalità di fatturazione ed i controlli effettuati e un dettagliato rapporto sulle contestazioni fatte alla società appaltante e l'evidenza di eventuali note di credito pervenute a seguito di tali contestazione entro il 30 settembre 2011.
- Condivisione con la Regione dei nuovi protocolli per il servizio di disinfezione e sterilizzazione entro il 30 settembre 2011.
- Emanazione e condivisione con la struttura commissariale di un documento contenente la definizione dei principali parametri quantitativi alla base dell'appalto di gara per il servizio di Mensa a degenti e dipendenti e di una relazione che analizzi l'attuale situazione circa i consumi per reparto, rappresentati in coerenza con quanto stabilito nei capitoli, il numero dei dipendenti che accedono al servizio di mensa, nonché sia per i degenti sia per i dipendenti l'incidenza procapite a consuntivo del relativo costo entro il 30 settembre 2011.
- Emanazione e condivisione con la struttura commissariale di un documento contenente la definizione dei principali parametri quantitativi alla base dell'appalto di gara per il servizio di Pulizia e di una relazione che analizzi l'attuale stato di utilizzo delle strutture/superfici oggetto a suo tempo di gara/fatturazione entro il 30 settembre 2011.
- Emanazione del bando di gara per il servizio di Mensa a degenti e dipendenti entro il 31 ottobre 2011.
- Emanazione del bando di gara per il servizio di Pulizia entro il 31 ottobre 2011.
- Aggiornamento del contratto per il servizio di Lavanolo entro il 31 ottobre 2011.
- Aggiudicazione della gara per il servizio di Mensa a degenti e dipendenti entro il 29 febbraio 2012.
- Aggiudicazione della gara per il servizio di Pulizia entro il 29 febbraio 2012.
- Riduzione del costo per il servizio di Lavanolo.
- Riduzione del costo per il servizio di Mensa a degenti e dipendenti.
- Riduzione del costo per il servizio di Pulizie.

Indicatori di risultato

A livello ASReM

- Riduzione del valore della spesa per l'acquisto di farmaci da parte dell'ASReM per l'anno 2011 e 2012 rispetto al 2010.
- Condivisione con la Regione di un rapporto riguardante i principali motivi/comportamenti di consumo che hanno determinato la spesa relativa al servizio di Lavanolo per l'anno 2010 al 10 settembre 2011.
- Condivisione con la Regione di una relazione riguardante l'analisi degli impatti dei consumi di materiale monouso TNT e la loro ragionevolezza in relazione a standard di riferimento per intervento al 10 settembre 2011.
- Condivisione con la Regione di una relazione riguardante il servizio di Lavanolo, contenente le modalità di fatturazione ed i controlli effettuati e un dettagliato rapporto sulle contestazioni fatte alla società appaltante e l'evidenza di eventuali note di credito pervenute a seguito di tali contestazione al 10 settembre 2011.

- Condivisione con la Regione dei nuovi protocolli per il servizio di disinfezione e sterilizzazione entro il 10 settembre 2011.
- Condivisione con la struttura commissariale di un documento contenente la definizione dei principali parametri quantitativi alla base dell'appalto di gara per il servizio di Mensa a degenti e dipendenti e di una relazione che analizzi l'attuale situazione circa i consumi per reparto, rappresentati in coerenza con quanto stabilito nei capitolati, il numero dei dipendenti che accedono al servizio di mensa, nonché sia per i degenti sia per i dipendenti l'incidenza procapite a consuntivo del relativo costo al 10 settembre 2011.
- Condivisione con la struttura commissariale di un documento contenente la definizione dei principali parametri quantitativi alla base dell'appalto di gara per il servizio di Pulizia e di una relazione che analizzi l'attuale stato di utilizzo delle strutture/superfici oggetto a suo tempo di gara/fatturazione al 10 settembre 2011.
- Emanazione del bando di gara per il servizio di Mensa a degenti e dipendenti entro il 31 ottobre 2011.
- Emanazione del bando di gara per il servizio di Pulizia entro il 31 ottobre 2011.
- Aggiornamento del contratto per il servizio di Lavanolo entro il 31 ottobre 2011.
- Aggiudicazione della gara per il servizio di Mensa a degenti e dipendenti entro il 29 febbraio 2012.
- Aggiudicazione della gara per il servizio di Pulizia entro il 29 febbraio 2012.
- Riduzione del costo per il servizio di Lavanolo 2011 e 2012 rispetto al 2010.
- Riduzione del costo per il servizio di Mensa a degenti e dipendenti 2011 e 2012 rispetto al 2010.
- Riduzione del costo per il servizio di Pulizie 2011 e 2012 rispetto al 2010.

Valorizzazione Programma Operativo 7: Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi

Intervento 7.1: Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi

Azione 7.1.1: Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi

Sulla base dei dati rilevabili dal CE consuntivo 2010, l'incidenza relativa delle suddette voci di costo in Molise è superiore rispetto alle medie calcolate per il resto delle regioni italiane, pur considerando le diverse peculiarità, in particolare, connesse alla dispersione territoriale.

La valorizzazione dell'intervento di razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi è stata ottenuta sulla base della stima delle spese che dovranno essere sostenute per i servizi in oggetto per gli anni 2011 e 2012.

I valori considerati come obiettivo di spesa sono stati calcolati considerando l'incidenza relativa delle altre regioni applicata al totale della spesa per servizi non sanitari della Regione per il 2010.

Con riferimento al servizio di Lavanolo, la stima è stata ottenuta considerando che gli effetti derivanti dal processo di aggiornamento del contratto avranno pieno effetto già a partire dal 2011. Con riferimento ai servizi di Mensa e Pulizia, il 2012 conseguirà il pieno risparmio anche a seguito dell'assegnazione delle nuove gare, mentre per il 2011 si sconta un risparmio pari alla metà di quello conseguibile nel 2012 a seguito delle sole procedure di controllo.

In Tabella 39 sono riportati gli obiettivi di costo e quindi i risparmi, pari alla differenza tra costo storico e obiettivo di costo, conseguibili nel biennio oggetto del piano. I valori stimati di manovra, differenza tra i valori tendenziali e i valori programmatici (obiettivi di costo) sono riportati in Tabella 40.

Servizi non sanitari [mIn €]	2010 (Consuntivo)	Obiettivo costo	Risparmio a regime	... di cui nel solo 2011
Pulizia	5,5	4,8	0,7	0,4
Mensa	5,4	4,5	0,9	0,4
Lavanolo	7,3	5,7	1,6	1,6
Totale	18,2	15,0	3,2	2,4

Tabella 39 – Stima del risparmio annuo 2011

Servizi non sanitari [mln €]	Tendenziale 2011	Tendenziale 2012	Manovra 2011	Manovra 2012	Programmatico 2011	Programmatico 2012
Pulizia	6,0	6,5	0,8	1,7	5,2	4,8
Mensa	5,8	6,3	0,9	1,8	4,9	4,5
Lavanolo	7,9	8,6	2,2	2,9	5,7	5,7
Totale	19,7	21,4	3,9	6,4	15,8	15,0

Tabella 40 – Stima della manovra e del programmatico 2011 – 2012

Considerando i tempi necessari per la messa in atto delle azioni previste, le iniziative già messe in atto dalla Regione Molise e i mesi di efficacia per l'anno 2011, la manovra attesa che potrà essere conseguita attraverso l'intervento di razionalizzazione dell'acquisto di beni e servizi e l'attuazione di procedure di monitoraggio nel prossimo biennio sarà:

- Anno 2011: pari a circa **3,9 mln €** come risultato dell'implementazione di specifiche procedure di monitoraggio;
- Anno 2012: **6,4 mln €** come risultato sia dell'implementazione di specifiche procedure di monitoraggio che dell'aggiudicazione di gare a condizioni più vantaggiose.

Programma Operativo 8: Fornitura prestazioni da privati accreditati

Fornitura prestazioni da privati accreditati: valorizzazione manovre (€/mIn)		
	2011	2012
Prestazioni da privati accreditati	-	-
Stipula dei contratti con gli erogatori privati	-	-
<i>Determinazione dei piani di attività delle strutture private per gli anni 2011 e 2012 e relativi accordi contrattuali</i>	-	-
<i>Accordi di confine</i>	-	-

Tabella 41 – Sintesi manovre

Intervento 8.1: Stipula dei contratti con gli erogatori privati

Azione 8.1.1: Determinazione dei piani di attività delle strutture private per gli anni 2011 e 2012 e relativi accordi contrattuali

L'individuazione del fabbisogno e il definitivo assetto della rete ospedaliera complessiva unitamente al concluso processo di valutazione dei requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi per l'accreditamento istituzionale consentono la stipula degli accordi contrattuali e dei contratti. In particolare, il fabbisogno di prestazioni ospedaliere deve essere soddisfatto dalle strutture pubbliche e private in una logica non competitiva, ma di integrazione. Nello specifico sarà necessario:

- Individuare vincoli di budget che incentivino l'appropriatezza organizzativa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie (con riferimento, ad esempio, ai DRG LEA del DPCM 29.11.2001 e del "Patto della Salute 2010-2012").
- Stipulare nei primi mesi di ogni esercizio i relativi contratti di erogazione con le strutture private per limitare il periodo di vacanza contrattuale e le conseguenti incertezze per i fornitori privati, avvalendosi delle clausole di rinuncia al contenzioso e/o giudizi relativi ai contratti o contro atti o provvedimenti prodromici o consequenziali agli accordi.
- Concludere le trattative per la stipula degli accordi di confine, come specificato in seguito.

Per l'anno 2011 i tempi di stipula dei contratti hanno subito dei rallentamenti per cui, è stato fissato un termine perentorio per la stipula di 30 giorni a partire dal 30 giugno 2011.

Allo stato attuale i contratti delle strutture ASREM sono stati stipulati. Un cenno particolare va fatto con riferimento alle due strutture private di maggiori dimensioni: Fondazione Giovanni Paolo II (già Centro di ricerca e formazione ad alta tecnologia nelle scienze biomediche Giovanni Paolo II dell'Università Cattolica del Sacro Cuore) e l'IRCCS Neuromed.

La Fondazione subentra nell'accreditamento al centro della Cattolica dall'1 luglio 2011, per cui vanno definiti i criteri di continuità dei due semestri. Peraltro si è appreso di una citazione in giudizio da parte dell'Università Cattolica che rivendica il riconoscimento di quasi cento milioni di euro a titolo di remunerazione, rimborsi, finanziamento e interessi per gli anni 2006/2010.

Tale citazione fa seguito a ricorso TAR avverso provvedimenti commissariali che avevano annullato clausole sulle quali la Cattolica ha fondato la sua pretesa.

Tutto quanto sopra impone una riflessione sui rapporti con tale istituzione. Nel frattempo è stato affidato alla struttura un tetto di spesa pari al 50% dei volumi complessivi riconoscibili per il 2011. In ogni caso la fondazione non ha ancora stipulato il contratto.

Per quanto riguarda l'IRCCS Neuromed, valutati i livelli di attività per il 2010, superiori rispetto ai limiti remunerabili, e aggiornati i volumi in relazione al fabbisogno per il cittadini molisani è stata inoltrata la proposta di contratto che a tutto il 31 agosto 2011 non è stato condiviso da Neuromed. Ne è derivata la conseguente diffida con la prospettiva di avviare il procedimento di sospensione dell'accreditamento. Va rilevata la posizione assunta da questa struttura caratterizzata da accentuata litigiosità la cui gestione distoglie in maniera rilevante le risorse umane regionali dalla ordinaria attività. Allo stato sono in corso confronti per prevenire ad una intesa che porti ad eliminare anche il contenzioso (circa 40 ricorsi).

Attraverso i presenti Programmi Operativi si stabilisce che l'invio delle schede di dimissione ospedaliera in formato elettronico, insieme ai dati di fatturazione relativi alle prestazioni sanitarie erogate, diventa parte integrante degli accordi contrattuali con gli erogatori privati.

Risultati Programmati

- Stipula dei contratti con gli erogatori privati per l'acquisto delle prestazioni sanitarie, con allegato piano delle prestazioni (entro il 30 luglio 2011, entro il 31 marzo nelle successive annualità)

Indicatori di risultato

- Percentuale dei contratti (numero e valore) sottoscritti entro il 30 luglio 2011 ed entro il 31 marzo nel 2012 rispetto al totale
- Sottoscrizione degli accordi contrattuali (entro il 30 luglio 2011; entro il 31 marzo nelle successive annualità).

Azione 8.1.2: Accordi di confine

L'art. 19 ("Mobilità interregionale") del Patto per la Salute 2010-2012 del 3 dicembre 2009, Rep. n. 243/CSR, prevede la stipulazione tra Regioni confinanti di Accordi volti al controllo della mobilità interregionale. Tale articolo è stato previsto al fine di programmare e regolamentare i fenomeni scambiati in mobilità tra le Regioni limitrofe, facendoli rientrare tra gli eventi programmabili sia in termini economici governabili sia in termini di appropriatezza attraverso l'individuazione di Regole di Sistema condivise dalle Regioni per gli erogatori pubblici e privati.

Per l'anno 2010 è stato perfezionato l'accordo con la Regione Campania con i Decreti Comm.li "Recepimento Accordo di Confine tra Regione Campania e Regione Molise", nella fattispecie:

- D.C.A. n. 2 del 01/02/2010 - Regolamentazione
- D.C.A. n. 10 del 19/03/2010 - Piano delle Attività.

La Regione Molise intende attuare le azioni necessarie al rinnovo dell'accordo con la Regione Campania anche per i prossimi anni.

Per gli Accordi con le altre Regioni confinanti: Lazio, Puglia ed Abruzzo, nonché Basilicata, stante la contiguità e l'affinità di quest'ultima Regione con Puglia e Campania, sono stati avviati i primi contatti per la stipula di Accordi Triennali (2011-2013) e sono già state elaborate le Linee -Guida, mentre è in corso di perfezionamento il Piano delle Attività.

Gli accordi, a tendere, dovranno interessare nel loro insieme tutte le Regioni del Sud, non solo quelle soggette a Piano di Rientro

Risultati programmati

A livello Regionale:

- Sottoscrizione del Piano delle Attività con la Regione Campania per il biennio 2012 - 2013;
- Sottoscrizione degli Accordi di Confine 2012-2013 con le Regione Lazio, Abruzzo, Puglia e Basilicata;
- Definizione dei posti letto delle strutture Neuromed e Cattolica destinati a cittadini non residenti.

Indicatori di risultato

A livello Regionale:

- Sottoscrizione del Piano delle Attività con la Reg. Campania per il triennio 2011 - 2013 entro il 31 dicembre 2011;
- Sottoscrizione degli Accordi di Confine con le Regioni Lazio, Abruzzo, Puglia e Basilicata;
- Riduzione della mobilità passiva per prestazioni ospedaliere e di Medicina Specialistica Ambulatoriale non di alta complessità.

Valorizzazione Programma Operativo 8: Fornitura prestazioni da privati accreditati

Intervento 8.1: Stipula dei contratti con gli erogatori privati

Azione 8.1.1: Determinazione dei piani di attività delle strutture private per gli anni 2011 e 2012 e relativi accordi contrattuali

La Tabella 42 riporta i tetti di spesa, previsti per gli istituti privati, accreditati ASReM.

	€/000	2010	2011	Δ 2011-2010
Ospedaliera		13.909	12.082	-1.827
<i>di cui</i>				
Residenti		10.531	8.204	-2.327
Fuori Regione		3.378	3.878	500
Specialistica + Riabilitazione		21.127	19.693	-1.434
<i>di cui</i>				
Residenti		16.112	14.746	-1.366
Fuori Regione		5.015	4.947	-68
Totale complessivo		35.036	31.775	-3.261

Tabella 42 – Tetti di spesa per privati accreditati ASReM

La Tabella 43 riporta i tetti di spesa per Neuromed e per la Cattolica (complessivi per le due configurazioni giuridiche) per prestazioni ospedaliere e specialistiche erogate per Residenti e Fuori Regione riportato nella proposta di accordo contrattuale del 27 giugno 2011.

	€/000	2010	2011	Δ 2011-2010
Neuromed		32.302	33.210	908
Cattolica		46.149	45.350	-799
Totale		78.451	78.560	109

Tabella 43 – Tetti di spesa per Neuromed e Cattolica

Nel complesso la variazione sui tetti di spesa per l'anno 2011 comporta una manovra per il SSR pari a circa **3,1 mln €**. Per quanto riguarda l'anno 2012 è stato ipotizzato che i tetti verranno mantenuti costanti rispetto all'anno 2011 di conseguenze non vi è risparmio aggiuntivo. È sottinteso che nell'ambito del processo di rivalutazione del fabbisogno regionale i tetti di spesa per l'anno 2012 potranno subire variazioni alla luce dell'aggiornamento del processo di riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale e del fabbisogno regionale. Tali valori dovranno essere rideterminati, e le relative economie evidenziate, in sede di singolo affidamento.

Nei CE Programmatici 2011 e 2012, la manovra di 3,1 mln € annui non è stata considerata, anche al fine di contemplare la possibilità di sterilizzare i ricorsi in essere.

Programma Operativo 9: Protocolli di intesa con le Università degli Studi

Protocolli di intesa con le Università degli Studi: valorizzazione manovre (€/mln)		
	2011	2012
Protocolli di intesa con le Università degli Studi	-	-
Protocollo d'intesa con l'Università degli Studi del Molise	-	-
<i>Protocollo d'intesa tra Regione Molise, Università degli Studi del Molise e ASReM</i>	-	-

Tabella 44 – Sintesi manovre

Intervento 9.1: Protocollo d'intesa con l'Università degli Studi del Molise

Azione 9.1.1: Protocollo d'intesa tra Regione Molise, Università degli Studi del Molise e ASReM

Il Protocollo d'intesa tra Regione Molise, Università degli Studi del Molise e Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASReM), sottoscritto il mese di maggio 2011, integra i pareri ministeriali, da ultimo il n. 75 del 29 aprile 2011, disciplina l'integrazione tra le attività didattiche, scientifiche ed assistenziali attraverso la definizione:

- Del principio di collaborazione tra Regione e Università.
- Dell'oggetto dell'Intesa.
- Dei principi della partecipazione dell'Università agli atti di programmazione.
- Delle modalità di partecipazione dell'Università agli atti di programmazione.
- Delle modalità di integrazione delle attività assistenziali con la didattica e la ricerca universitarie.
- Degli organi collegiali che devono garantire e monitorare il pieno svolgimento delle funzioni didattiche e scientifiche della Facoltà di Medicina e Chirurgia.
- Dei criteri e i parametri per il dimensionamento delle strutture assistenziali necessarie a garantire l'adeguato espletamento delle funzioni didattiche e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia in coerenza con la programmazione regionale.
- Del modello organizzativo dei Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI).
- Del programma di attività per lo sviluppo delle attività didattiche e di ricerca a carattere assistenziale.
- Dei criteri per la remunerazione e le risorse economico-finanziarie destinate all'attività di assistenza sanitaria svolta presso le strutture integrate c/o l'ASReM.
- Dei risultato di gestione dei DAI.
- Dello stato giuridico e il trattamento economico del personale universitario e non.
- Dei parametri per il trattamento delle attività di libero-professionale intramuraria.
- Del regolamento per le attività didattiche e di ricerca del personale del SSR.
- Dei parametri dell'intesa con le Scuole di Specializzazione della Facoltà di Medicina.
- Delle modalità di attuazione, la durata, la Norma di rinvio, la Norma di salvaguardia e la Norma Finale del Protocollo.

Considerando che i presenti Programmi Operativi rappresentano una opportunità per la razionalizzazione e il miglioramento continuo dell'intero Sistema Sanitario Regionale, la Regione si impegna ad aggiornare il Protocollo d'intesa tra Regione Molise, Università degli Studi del Molise e Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASReM) prendendo atto del processo di ristrutturazione in atto.

Risultati Programmati

- Conclusione del processo di aggiornamento e sottoscrizione del Protocollo d'intesa tra Regione Molise, Università degli Studi del Molise entro il 31 ottobre 2011.
- Definizione di un accordo attuativo tra università ed ASReM da sottoporre ad approvazione regionale entro il 30 novembre 2011.
- Avvio della concreta integrazione dal 1 gennaio 2012

Indicatori di risultato

- Sottoscrizione del Protocollo d'intesa tra Regione Molise, Università degli Studi del Molise e Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASReM) al 31 dicembre 2011.

Allegato A: Definizione del bacino di utenza degli ospedali pubblici molisani e dotazione di apparecchiature biomediche

Per bacino di utenza di una struttura si intende l'insieme dei comuni ed il relativo numero di assistibili residenti che vedono la struttura stessa come prima alternativa ospedaliera in termine di distanza temporale.

Per l'analisi della rete di offerta sanitaria e per la programmazione dell'assistenza sanitaria in regione Molise è stato calcolato il bacino di utenza degli ospedali pubblici:

- A. Cardarelli di Campobasso;
- S. Timoteo di Termoli;
- F. Veneziale di Isernia;
- G. Vietri di Larino;
- S.F. Caracciolo di Agnone;
- SS. Rosario di Venafro.

Per determinare i bacini di utenza delle 6 strutture è stato utilizzato il concetto di prossimità territoriale calcolata in termini di tempo di percorrenza (considerando i tempi *standard* per tipologia di strada, indicati in Tabella 45).

Tipo di strada	Km/h
zona pedonale	5
zona residenziale	8
strade secondarie	10
strade principali	20
strade locali minori	25
strade locali	30
strade regionali	40
strade nazionali	50
Tangenziali	70
Superstrade	80
Autostrade	100

Tabella 45 – Parametri di percorrenza per tipologia di strada

In Figura 1, ad esempio, si identifica la zona 1 e la popolazione in essa residente come parte del bacino di utenza della struttura B. Il "centroide" (o baricentro), indicato dal punto nero, della zona 1 (in verde) vede la struttura B come struttura più vicina in termini di tempo di percorrenza (15 minuti per raggiungere la struttura B invece di 22 minuti per raggiungere la struttura A).

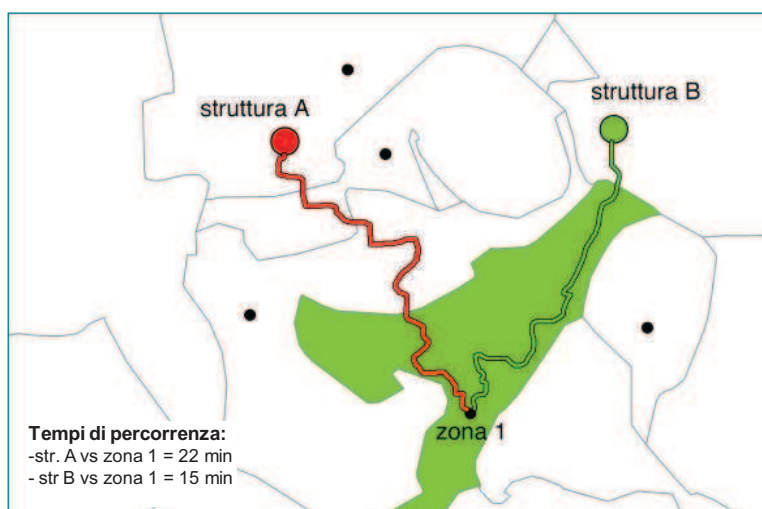


Figura 1 Esempio determinazione del bacino di utenza

Per identificare quindi il bacino di utenza delle strutture considerate, ad ogni comune e alla relativa popolazione residente aggiornata al 31.12.2010 (dato ISTAT), è stata associata una struttura, ovvero la prima alternativa ospedaliera pubblica in termine di distanza temporale.

La definizione del bacino di utenza delle strutture ospedaliere pubbliche permette di clusterizzare e di valutare le caratteristiche regionali in termini di:

- fabbisogno di assistenza sanitaria;
- rete di offerta sanitaria.

La Figura 1 mostra il bacino di utenza calcolato per le 6 strutture ospedaliere pubbliche attive in Regione Molise.



Figura 2 Bacino di utenza delle strutture ospedaliere pubbliche

La Tabella 46 riporta le caratteristiche relative al bacino di utenza della strutture ospedaliere pubbliche in termine di popolazione residente e di distanza media rispetto alla struttura di riferimento.

Ospedale	Popolazione	Distanza media [min]
A.CARDARELLI (Campobasso)	122.465	32
G. VIETRI (Larino)	53.856	32
S.TIMOTEO (Termoli)	51.546	33
F.VENEZIALE (Isernia)	44.385	37
SS. ROSARIO (Venafrò)	24.552	29
S.F. CARACCIOLO (Agnone)	23.270	37
Totale	320.074	34

Tabella 46 – Caratteristiche del bacino di utenza delle strutture ospedaliere pubbliche

Le tabelle che seguono mostrano la dotazione di macchine (calcolata tramite flussi ministeriali STS14 e HSP14) nelle strutture ospedaliere pubbliche e nel rispettivo bacino di utenza, che è caratterizzato da una distanza media inferiore a 40 minuti per tutti e sei gli ospedali di riferimento. Per gli ospedali di Isernia e di Venafrò si è considerato un unico bacino di utenza riunito poiché i due stabilimenti sono stati accorpati a livello di flussi ministeriali NSIS.

Descrizione apparecchiatura	A.CARDARELLI			
	(Campobasso)	Altre app. nel BdU	... di cui pubbliche	... di cui private
ECOTOMOGRAFO	23	34	9	25
MONITOR	52	91	0	91
EMODIALISI, APPARECCHIO PER	30	4	0	4
LAMPADA SCIALITICA	26	42	6	36
VENTILATORE POLMONARE	22	23	0	23
ANALIZZATORE MULTIPARAMETRICO SELETTIVO	6	23	2	21
TAVOLO OPERATORIO	10	16	1	15
GRUPPO RADIOLOGICO	3	14	1	13
ANESTESIA, APPARECCHIO PER	2	17	0	17
ANALIZZATORE AUTOMATICO PER IMMUNOCHEMICA	3	16	3	13
TAVOLO TELECOMANDATO PER APPARECCHIO RADIOLOGICO	1	12	3	9
PORTATILE PER RADIOSCOPIA, APPARECCHIO	4	3	0	3
MAMMOGRAFO	1	4	0	4
TOMOGRAFO ASSIALE COMPUTERIZZATO	2	5	0	5
ORTOPANTOMOGRAFO	0	6	2	4
CONTAGLOBULI AUTOMATICO DIFFERENZIALE	1	13	2	11
GAMMA CAMERA COMPUTERIZZATA	2	0	0	0
APPARECCHIO PER RADIOLOGIA DENTALE PANORAMICA	0	3	1	2
SISTEMA PER ANGIOGRAFIA DIGITALE	1	1	0	1
TOMOGRAFO A RISONANZA MAGNETICA	1	4	0	4
CAMERA IPERBARICA	0	0	0	0
ACCELERATORE LINEARE	0	2	0	2
SISTEMA TAC GAMMA CAMERA INTEGRATO	0	0	0	0
TOMOGRAFO AD EMISSIONE DI POSITRONI	0	0	0	0
SISTEMA CT/PET INTEGRATO	1	0	0	0

Tabella 47 – Dotazione di apparecchiature biomediche nell'Ospedale Cardarelli e nel relativo bacino di utenza

Descrizione apparecchiatura	S.TIMOTEO			
	(Termoli)	Altre app. nel BdU	... di cui pubbliche	... di cui private
ECOTOMOGRAFO	5	5	2	3
MONITOR	33	21	6	15
EMODIALISI, APPARECCHIO PER	16	0	0	0
LAMPADA SCIALITICA	27	2	2	0
VENTILATORE POLMONARE	6	1	0	1
ANALIZZATORE MULTIPARAMETRICO SELETTIVO	13	4	0	4
TAVOLO OPERATORIO	10	1	0	1
GRUPPO RADIOLOGICO	10	3	1	2
ANESTESIA, APPARECCHIO PER	12	1	0	1
ANALIZZATORE AUTOMATICO PER IMMUNOCHEMICA	7	4	0	4
TAVOLO TELECOMANDATO PER APPARECCHIO RADIOLOGICO	2	2	0	2
PORTATILE PER RADIOSCOPIA, APPARECCHIO	2	0	0	0
MAMMOGRAFO	1	2	0	2
TOMOGRAFO ASSIALE COMPUTERIZZATO	1	1	0	1
ORTOPANTOMOGRAFO	1	3	1	2
CONTAGLOBULI AUTOMATICO DIFFERENZIALE	5	4	0	4
GAMMA CAMERA COMPUTERIZZATA	1	0	0	0
APPARECCHIO PER RADIOLOGIA DENTALE PANORAMICA	0	2	1	1
SISTEMA PER ANGIOGRAFIA DIGITALE	1	0	0	0
TOMOGRAFO A RISONANZA MAGNETICA	1	2	0	2
CAMERA IPERBARICA	0	0	0	0
ACCELERATORE LINEARE	0	0	0	0
SISTEMA TAC GAMMA CAMERA INTEGRATO	0	0	0	0
TOMOGRAFO AD EMISSIONE DI POSITRONI	0	0	0	0
SISTEMA CT/PET INTEGRATO	0	0	0	0

Tabella 48 – Dotazione di apparecchiature biomediche nell'Ospedale Timoteo e nel relativo bacino di utenza

Descrizione apparecchiatura	G. VIETRI (Larino)	Altre app. nel BdU	... di cui pubbliche	... di cui private
ECOTOMOGRAFO	5	1	1	0
MONITOR	24	0	0	0
EMODIALISI, APPARECCHIO PER	14	0	0	0
LAMPADA SCIALITICA	10	3	3	0
VENTILATORE POLMONARE	6	0	0	0
ANALIZZATORE MULTIPARAMETRICO SELETTIVO	15	0	0	0
TAVOLO OPERATORIO	7	0	0	0
GRUPPO RADIOLOGICO	6	0	0	0
ANESTESIA, APPARECCHIO PER	7	0	0	0
ANALIZZATORE AUTOMATICO PER IMMUNOCIMICA	7	0	0	0
TAVOLO TELECOMANDATO PER APPARECCHIO RADIOLOGICO	4	0	0	0
PORTATILE PER RADIOSCOPIA, APPARECCHIO	4	0	0	0
MAMMOGRAFO	1	0	0	0
TOMOGRAFO ASSIALE COMPUTERIZZATO	1	0	0	0
ORTOPANTOMOGRAFO	1	0	0	0
CONTAGLOBULI AUTOMATICO DIFFERENZIALE	5	0	0	0
GAMMA CAMERA COMPUTERIZZATA	0	0	0	0
APPARECCHIO PER RADIOLOGIA DENTALE PANORAMICA	0	0	0	0
SISTEMA PER ANGIOGRAFIA DIGITALE	0	0	0	0
TOMOGRAFO A RISONANZA MAGNETICA	0	0	0	0
CAMERA IPERBARICA	1	0	0	0
ACCELERATORE LINEARE	0	0	0	0
SISTEMA TAC GAMMA CAMERA INTEGRATO	0	0	0	0
TOMOGRAFO AD EMISSIONE DI POSITRONI	0	0	0	0
SISTEMA CT/PET INTEGRATO	0	0	0	0

Tabella 49 – Dotazione di apparecchiature biomediche nell'Ospedale G. Vietri e nel relativo bacino di utenza

Descrizione apparecchiatura	S.F. CARACCILO (Agnone)	Altre app. nel BdU	... di cui pubbliche	... di cui private
ECOTOMOGRAFO	9	2	2	0
MONITOR	9	0	0	0
EMODIALISI, APPARECCHIO PER	9	0	0	0
LAMPADA SCIALITICA	5	1	1	0
VENTILATORE POLMONARE	1	0	0	0
ANALIZZATORE MULTIPARAMETRICO SELETTIVO	4	0	0	0
TAVOLO OPERATORIO	4	0	0	0
GRUPPO RADIOLOGICO	4	1	1	0
ANESTESIA, APPARECCHIO PER	2	0	0	0
ANALIZZATORE AUTOMATICO PER IMMUNOCIMICA	5	0	0	0
TAVOLO TELECOMANDATO PER APPARECCHIO RADIOLOGICO	2	1	1	0
PORTATILE PER RADIOSCOPIA, APPARECCHIO	2	0	0	0
MAMMOGRAFO	1	0	0	0
TOMOGRAFO ASSIALE COMPUTERIZZATO	1	0	0	0
ORTOPANTOMOGRAFO	0	0	0	0
CONTAGLOBULI AUTOMATICO DIFFERENZIALE	1	0	0	0
GAMMA CAMERA COMPUTERIZZATA	1	0	0	0
APPARECCHIO PER RADIOLOGIA DENTALE PANORAMICA	1	0	0	0
SISTEMA PER ANGIOGRAFIA DIGITALE	0	0	0	0
TOMOGRAFO A RISONANZA MAGNETICA	0	0	0	0
CAMERA IPERBARICA	0	0	0	0
ACCELERATORE LINEARE	0	0	0	0
SISTEMA TAC GAMMA CAMERA INTEGRATO	0	0	0	0
TOMOGRAFO AD EMISSIONE DI POSITRONI	0	0	0	0
SISTEMA CT/PET INTEGRATO	0	0	0	0

Tabella 50 – Dotazione di apparecchiature biomediche nell'Ospedale Caracciolo e nel bacino di utenza

Descrizione apparecchiatura	Ospedali (Isernia e Venafro)	Altre app. nel BDU	... di cui pubbliche	... di cui private
ECOTOMOGRAFO	190	5	0	5
MONITOR	48	42	0	42
EMODIALISI, APPARECCHIO PER	42	1	0	1
LAMPADA SCIALITICA	27	12	2	10
VENTILATORE POLMONARE	22	12	0	12
ANALIZZATORE MULTIPARAMETRICO SELETTIVO	9	29	0	29
TAVOLO OPERATORIO	9	5	2	3
GRUPPO RADIOLOGICO	8	4	1	3
ANESTESIA, APPARECCHIO PER	7	10	0	10
ANALIZZATORE AUTOMATICO PER IMMUNOCIMICA	6	9	0	9
TAVOLO TELECOMANDO TO PER APPARECCHIO RADIOLOGICO	5	2	0	2
PORTATILE PER RADIOSCOPIA, APPARECCHIO	3	1	0	1
MAMMOGRAFO	3	1	0	1
TOMOGRAFO ASSIALE COMPUTERIZZATO	2	2	0	2
ORTOPANTOMOGRAFO	2	0	0	0
CONTAGLOBULI AUTOMATICO DIFFERENZIALE	1	3	0	3
GAMMA CAMERA COMPUTERIZZATA	1	3	0	3
APPARECCHIO PER RADIOLOGIA DENTALE PANORAMICA	1	0	0	0
SISTEMA PER ANGIOGRAFIA DIGITALE	1	2	0	2
TOMOGRAFO A RISONANZA MAGNETICA	1	7	0	7
CAMERA IPERBARICA	0	0	0	0
ACCELERATORE LINEARE	0	0	0	0
SISTEMA TAC GAMMA CAMERA INTEGRATO	0	0	0	0
TOMOGRAFO AD EMISSIONE DI POSITRONI	0	1	0	1
SISTEMA CT/PET INTEGRATO	0	1	0	1

Tabella 51 – Dotazione di apparecchiature biomediche negli Ospedali di Isernia e di Venafro e nel relativo bacino di utenza

Allegato B: Sintesi degli interventi posti in essere nel corso dell'anno 2010 per la razionalizzazione e il contenimento della spesa farmaceutica

CONVENZIONE QUADRO AIFA – REGIONE MOLISE DEL 22 DICEMBRE 2010

Di notevole rilievo e punto di forza appare la stipula della Convenzione Quadro AIFA – Regione Molise, siglata in data 22 dicembre 2010, alla quale la Regione è addivenuta in tempi rapidi al fine di poter individuare obiettivi di razionalizzazione/contenimento della spesa farmaceutica sostenibili e misurabili nonché governare i connessi processi mediante interventi di indubbia valenza tecnica e nel rispetto di procedure amministrative più snelle.

Il ruolo dell'Agenzia, quale ente di supporto tecnico alle regioni, è stato definito dall'Intesa Stato-Regioni concernente il nuovo Patto per la Salute intervenuta in data 3 dicembre 2009; l'Intesa prevede l'affiancamento dell'AIFA alle regioni in fase di Piano di Rientro, tenuto conto dei tecnicismi specifici e complessi che contraddistinguono la materia farmaceutica.

DECRETO COMMISSARIO AD ACTA N. 5 IN DATA 10 FEBBRAIO 2010.

Il Piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera, approvato con il provvedimento in epigrafe, rientra nella più generale strategia di riordino del sistema farmaceutico ospedaliero.

In proposito, va evidenziato che il parere reso dai competenti Ministeri Salute ed Economia/Finanze sul provvedimento de quo (prot. MOLISE- DGPROG- 17.05.2010- 00098-P) - sulla base della valutazione e certificazione espresse dall'AIFA in data 01.03.2010 - è con ogni evidenza favorevole, per quanto concerne l'impianto della manovra, laddove emerge chiaramente il riconoscimento:

- *della “validità clinico-assistenziale ed organizzativa” delle azioni ivi previste;*
- *dell'obiettivo del “miglioramento strutturale dell'efficienza del sistema assistenziale della Regione”;*
- *dell’“apprezzabile sforzo di trasparente e particolareggiata quantificazione dell'impatto economico dei differenti provvedimenti deliberati”;*

nel mentre si richiede di “voler rivalutare l'impatto economico delle misure adottate e considerare l'opportunità di prevedere ulteriori manovre di contenimento, anche in considerazione della situazione di spesa determinatasi per l'anno 2009”.

DECRETO COMMISSARIO AD ACTA N. 22 IN DATA 13 MAGGIO 2010.

Il decreto del Commissario ad Acta n. 22/10 costituisce attuazione di quanto previsto dalla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 28.07.09 e dell'azione n. 1) Revisione del PTOR e

monitoraggio farmaci (DM Salute 04.02.2009) individuata nell'ambito della specifica manovra di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera, approvata con il su menzionato provvedimento n. 5/2010.

È da rilevare che al riguardo l'AIFA, in data 22 luglio 2010, ha reso parere negativo nel senso di ritenere che il PTOR molisano "ostacola la prescrizione di principi attivi non compresi dallo stesso, alterando l'accessibilità ai farmaci rimborsati dal SSN". Detto parere è stato sottoposto all'attenzione della competente Commissione Terapeutica Regionale che ha fatto richiesta di chiarimenti riguardo alle motivazioni addotte nel richiamato parere.

DECRETO COMMISSARIO AD ACTA N. 41 IN DATA 2 LUGLIO 2010

Il provvedimento in parola si caratterizza nel rinnovo dell'accordo regionale con le associazioni di categoria per il servizio di dispensazione in nome e per conto (DPC) dei farmaci compresi nel PHT - con la previsione, tra l'altro, di una riduzione delle quote di spettanza destinate alle farmacie convenzionate, pubbliche e private, che effettuano la distribuzione "per conto", prevista dalla legge n. 405/01 - e sancisce il principio della retribuzione del farmacista e del grossista sotto forma di quota fissa per pezzo dispensato.

A tal proposito, i Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze – sentita l'AIFA – hanno trasmesso alla Regione il parere recante formale validazione del provvedimento. In detto parere si afferma che la Regione "ottiene un buon risultato nell'ambito del nuovo accordo per la DPC, sia nei termini dell'accordo stesso, sia per gli effetti economici".

DECRETO COMMISSARIO AD ACTA N. 58 IN DATA 13 AGOSTO 2010

Il decreto n. 58/10 approva il nuovo Accordo Regione – Neuromed, inerente l'erogazione dei farmaci A ed H - utilizzati nel trattamento della sclerosi multipla, di cui alla nota AIFA 65 - limitatamente al primo ciclo di terapia per i pazienti regionali, sulla scorta di quanto deliberato in precedenza dall'Esecutivo regionale per i pazienti di fuori Regione, intervento, quest'ultimo, in vigore dal II semestre del 2009. Tale decreto è stato redatto anche a fronte delle istanze sollevate dall'Associazione dei pazienti con Sclerosi Multipla (AISM) regionale.

Analogamente a quanto sancito relativamente ai pazienti extraregionali con le deliberazioni di Giunta Regionale n.n. 552 del 25.05.2009 e 824 del 03.08.09, anche il provvedimento in trattazione è improntato sulla centralità dell'assistito.

Il provvedimento è stato valutato positivamente dall'AIFA, che ha evidenziato come il decreto muova nella direzione di un miglioramento dell'accessibilità a farmaci importanti per pazienti affetti da una malattia di rilevante impatto sociale, riconoscendo la necessità della Regione di far fronte alle richieste dei pazienti residenti in Molise, bisognosi di poter ottenere i farmaci deputati al trattamento della loro patologia – per i cicli successivi al primo – presso il presidio ospedaliero loro più vicino.

DECRETI COMMISSARIO AD ACTA N. 59 DEL 13.08. 2010 E N.80 DEL 23.11.2010

Il provvedimento in trattazione ha individuato, ai sensi di quanto disposto ex decreto del Commissario ad Acta n.5/10, il *Centro regionale per la diagnosi precoce dell'artrite reumatoide, i Centri regionali di trattamento e monitoraggio ed il Centro di trattamento dell'artrite idiopatica giovanile*.

Inoltre, ha stabilito che il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Regionale (ASReM) istituisca il "Gruppo di coordinamento", deputato alla verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci biologici anti TNF α , costituito dai Direttori delle U.O.C. individuate quali centri di riferimento per l'utenza. Il provvedimento persegue l'obiettivo di aumentare livelli di appropriatezza, mediante la selezione di Centri di riferimento regionali rispondenti a determinati standard di qualità al fine di determinare eccellenza in un delicato ambito prescrittivo riferito ai farmaci biologici.

Si è in attesa di acquisire il parere da parte dei competenti Ministeri.

DECRETO COMMISSARIO AD ACTA N. 60 IN DATA 06 SETTEMBRE 2010.

Il provvedimento de quo, come il decreto n. 59/2010 innanzi illustrato, persegue l'obiettivo di aumentare i livelli di appropriatezza – nell'utilizzo dei farmaci con note AIFA, che prevedono la prescrizione su diagnosi e piano terapeutico redatti dai Centri prescrittori individuati dalle regioni – mediante la selezione di Centri di riferimento regionali rispondenti a ben precisi *standard* qualitativi e, quindi, in definitiva l'obiettivo di determinare eccellenza in determinati ambiti prescrittivi.

Dal menzionato obiettivo consegue che verosimilmente il decreto sia ad invarianza di spesa sulla farmaceutica territoriale, mentre produrrà riduzione dei costi di gestione riferiti ad altri capitoli di spesa sanitaria.

Il decreto è stato valutato positivamente dai Ministeri con nota di approvazione da parte dell'AIFA, con parere del 15 marzo 2011 che ha evidenziato che il decreto andrebbe ad evitare altre voci di spesa sanitaria.

DECRETO COMMISSARIO AD ACTA N. 83 IN DATA 26 NOVEMBRE 2010.

Per quanto concerne, nello specifico, il contenimento della spesa farmaceutica territoriale – punto 7 della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 28 luglio 2009 – il Commissario ad Acta per il Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario molisano ha emanato il decreto n. 83 del 26 novembre 2010. L'analisi dei dati relativi alla spesa farmaceutica convenzionata è stata effettuata sulla scorta degli indicatori di programmazione e di controllo, identificati in via preliminare e pubblicati nel sito istituzionale dell'AIFA a far data dal 30 luglio 2010, predisposti dall'Agenzia in accordo con il Ministero dell'Economia/Finanze ed il Ministero della Salute, ai sensi dell'art. 11, comma 7b del D.L. 78/10, convertito con legge n. 122/10.

Gli obiettivi sono stati individuati sulla base dei migliori dati di prescrizione, riguardanti il brevetto scaduto nell'ambito delle classi oggetto della manovra, registrati a livello

intraregionale negli ambiti territoriali della ASReM. La manovra, di cui al provvedimento de quo, ha operato nel residuo periodo dell'anno 2010 e produrrà interamente i suoi effetti nel 2011 – 2012; essa si sostanzia nell'assunzione di specifici obiettivi, puntualmente quantificati - distinti per anno - e misurabili ai fini della valutazione del risultato conseguito. La Regione Molise risulta essere una delle prime regioni ad aver utilizzato lo strumento degli indicatori di programmazione e di controllo individuati dall'AIFA.

Il decreto è stato valutato positivamente dai Ministeri con nota di approvazione da parte dell'AIFA con parere del 11 aprile 2011 nel quale è anche stata approvata la relazione tecnica di accompagnamento.

Regione Molise: Piano Operativo 2011-2012

Cons	Codice Voce	Aggregato CE	Tendenzi e 2011	Tendenzi e 2012	Programmatic o 2011	Programmatico 2012
	A) Valore della produzione					
	A01000 A.1) Contributi in c/esercizio		570.311	585.842	570.311	585.842
	A01005 A.1.A) Contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale		566.247	581.778	566.247	581.778
	A01010 A.1.A.1) da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto	01-contributi F.S.R.	554.691	570.222	554.691	570.222
	A01015 A.1.A.2) da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. vincolato	01-contributi F.S.R.	11.556	11.556	11.556	11.556
	A01020 A.1.B) Contributi c/esercizio da enti pubblici (EXTRA FONDO)		4.061	4.061	4.061	4.061
	A01025 A.1.B.1) da enti pubblici (extra fondo) vincolati		3.628	3.628	3.628	3.628
	A01030 A.1.B.1.1) Contributi da Regione (extra fondo) vincolati	03-01-ulteriori trasferimenti pubblici	3.620	3.620	3.620	3.620
	A01035 A.1.B.1.2) Contributi da altri enti pubblici (extra fondo) vincolati	03-01-ulteriori trasferimenti pubblici	8	8	8	8
R	A01040 A.1.B.1.3) Contributi da Asl/Ao/Irccs/Policlinici (extra fondo) vincolati	02-09-01-Ricavi infragruppo regionali	-	-	-	-
	A01045 A.1.B.1.4) Contributi in conto esercizio per ricerca corrente	03-01-ulteriori trasferimenti pubblici	-	-	-	-
	A01050 A.1.B.1.5) Contributi in conto esercizio per ricerca finalizzata	03-01-ulteriori trasferimenti pubblici	-	-	-	-
	A01055 A.1.B.2) da enti pubblici (extra fondo) - Altro		433	433	433	433
	A01060 A.1.B.2.1) Contributi da Regione (extra fondo) - Altro	03-01-ulteriori trasferimenti pubblici	395	395	395	395
	A01065 A.1.B.2.2) Contributi da altri enti pubblici (extra fondo) - Altro	03-01-ulteriori trasferimenti pubblici	38	38	38	38
R	A01070 A.1.B.2.3) Contributi da Asl/Ao/Irccs/Policlinici (extra fondo) - Altro	02-09-01-Ricavi infragruppo regionali	-	-	-	-
	A01075 A.1.C) Contributi c/esercizio da enti privati	03-04-altre entrate proprie	3	3	3	3
	A02000 A.2) Proventi e ricavi diversi		36.064	36.064	36.142	37.005
	A02005 A.2.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria		35.207	35.207	35.207	35.207
	A02010 A.2.A.1) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate a soggetti pubblici		153	153	153	153
R	A02015 A.2.A.1.1) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie erogate ad ASL, A.O., IRCCS e Policlinici della Regione		-	-	-	-
R	A02020 A.2.A.1.1.A) Prestazioni di ricovero	02-01-01-Ricavi mobilità in compensazione	-	-	-	-
R	A02025 A.2.A.1.1.B) Prestazioni di specialistica ambulatoriale	02-01-01-Ricavi mobilità in compensazione	-	-	-	-
R	A02030 A.2.A.1.1.C) Prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	02-01-03-Ricavi mobilità non in compensazione	-	-	-	-
R	A02035 A.2.A.1.1.D) Prestazioni di File F	02-01-01-Ricavi mobilità in compensazione	-	-	-	-
R	A02040 A.2.A.1.1.E) Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie		-	-	-	-
R	A02045 A.2.A.1.1.E.1) Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. Assistenziale	02-01-01-Ricavi mobilità in compensazione	-	-	-	-
R	A02050 A.2.A.1.1.E.2) Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata	02-01-01-Ricavi mobilità in compensazione	-	-	-	-
R	A02055 A.2.A.1.1.E.3) Prestazioni termali	02-01-01-Ricavi mobilità in compensazione	-	-	-	-
R	A02060 A.2.A.1.1.E.4) Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso	02-01-01-Ricavi mobilità in compensazione	-	-	-	-
R	A02065 A.2.A.1.1.E.5) Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie	02-01-03-Ricavi mobilità non in compensazione	-	-	-	-
	A02070 A.2.A.1.2) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie erogate ad altri soggetti pubblici	03-04-altre entrate proprie	153	153	153	153
	A02075 A.2.A.1.3) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie erogate a soggetti pubblici extra Regione		-	-	-	-
S	A02080 A.2.A.1.3.A) Prestazioni di ricovero	02-02-01-Ricavi mobilità in compensazione	-	-	-	-
S	A02085 A.2.A.1.3.B) Prestazioni ambulatoriali	02-02-01-Ricavi mobilità in compensazione	-	-	-	-
SS	A02090 A.2.A.1.3.C) Prestazioni di psichiatria non soggetta a compensazione (resid. e semiresid.)	02-02-03-Ricavi mobilità non in compensazione	-	-	-	-
S	A02095 A.2.A.1.3.D) Prestazioni di File F	02-02-01-Ricavi mobilità in compensazione	-	-	-	-
S	A02100 A.2.A.1.3.E) Altre prestazioni sanitarie soggette a compensazione Extraregione		-	-	-	-
S	A02105 A.2.A.1.3.E.1) Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale Extraregione	02-02-01-Ricavi mobilità in compensazione	-	-	-	-
S	A02110 A.2.A.1.3.E.2) Prestazioni servizi farmaceutica conv enzionata Extraregione	02-02-01-Ricavi mobilità in compensazione	-	-	-	-
S	A02115 A.2.A.1.3.E.3) Prestazioni termali Extraregione	02-02-01-Ricavi mobilità in compensazione	-	-	-	-
S	A02120 A.2.A.1.3.E.4) Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso Extraregione	02-02-01-Ricavi mobilità in compensazione	-	-	-	-
S	A02125 A.2.A.1.3.E.5) Altre prestazioni sanitarie Extraregione	02-02-03-Ricavi mobilità non in compensazione	-	-	-	-
SS	A02130 A.2.A.1.3.F) Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie non soggette a compensazione Extraregione		-	-	-	-
SS	A02135 A.2.A.1.3.F.1) Prestazioni di assistenza riabilitativa non soggetta a compensazione Extraregione	02-02-03-Ricavi mobilità non in compensazione	-	-	-	-
SS	A02140 A.2.A.1.3.F.2) Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie non soggetta a compensazione Extraregione	02-02-03-Ricavi mobilità non in compensazione	-	-	-	-
	A02145 A.2.A.1.3.G) Altre prestazioni sanitarie - Mobilità attiva Internazionale	02-02-01-Ricavi mobilità in compensazione	-	-	-	-
S	A02150 A.2.A.2) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate da soggetti privati v/ residenti extraregione in compensazione (mobilità attiva)		30.798	30.798	30.798	30.798
S	A02155 A.2.A.2.1) Prestazioni di ricovero da priv. extraregione in compensazione (mobilità attiva)	02-02-01-Ricavi mobilità in compensazione	23.173	23.173	23.173	23.173
S	A02160 A.2.A.2.2) Prestazioni ambulatoriali da priv. extraregione in compensazione (mobilità attiva)	02-02-01-Ricavi mobilità in compensazione	7.624	7.624	7.624	7.624
S	A02165 A.2.A.2.3) Prestazioni di File F da priv. extraregione in compensazione (mobilità attiva)	02-02-01-Ricavi mobilità in compensazione	-	-	-	-
S	A02170 A.2.A.2.4) Altre prestazioni sanitarie erogate da privati v/residenti extraregione in compensazione (mobilità attiva)	02-02-01-Ricavi mobilità in compensazione	-	-	-	-
	A02175 A.2.A.3) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate a soggetti privati	03-04-altre entrate proprie	1.393	1.393	1.393	1.393
	A02180 A.2.A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia		2.863	2.863	2.863	2.863

	A02185 A.2.A.4.1) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area ospedaliera	03-02-saldo intramoenia	1.371	1.371	1.371	1.371
	A02190 A.2.A.4.2) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area specialistica	03-02-saldo intramoenia	377	377	377	377
	A02195 A.2.A.4.3) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area sanità pubblica	03-02-saldo intramoenia	3	3	3	3
	A02200 A.2.A.4.4) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-58)	03-02-saldo intramoenia	1.079	1.079	1.079	1.079
R	A02205 A.2.A.4.5) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-58) (Asl - Ao,Irccs e Policlinici della Regione)	02-09-01-Ricavi infragruppo regionali	-	-	-	-
	A02210 A.2.A.4.6) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia – Altro	03-02-saldo intramoenia	33	33	33	33
R	A02215 A.2.A.4.7) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro (Asl - Ao, Irccs e Policlinici della Regione)	02-09-01-Ricavi infragruppo regionali	-	-	-	-
	A02220 A.2.B) Ricavi per prestazioni non sanitarie	03-04-altre entrate proprie	404	404	482	1.346
	A02225 A.2.C) Altri proventi		453	453	453	453
	A02230 A.2.C.1) Proventi non sanitari		226	226	226	226
	A02235 A.2.C.1.1) Affitti attivi ed altri proventi da attività immobiliari	03-04-altre entrate proprie	226	226	226	226
	A02239 A.2.C.1.2) Altro	03-04-altre entrate proprie	-	-	-	-
	A02240 A.2.C.2) Altri proventi diversi	03-04-altre entrate proprie	227	227	227	227
	A03000 A.3) Concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche		2.166	2.191	2.166	2.191
	A03005 A.3.A) Rimborsi assicurativi	03-04-altre entrate proprie	347	347	347	347
	A03010 A.3.B) Altri concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche		1.819	1.844	1.819	1.844
R	A03015 A.3.B.1) Concorsi, recuperi e rimborsi v/Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione		289	289	289	289
R	A03020 A.3.B.1.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente dell' azienda in posizione di comando in Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	02-09-01-Ricavi infragruppo regionali	-	-	-	-
R	A03025 A.3.B.1.2) Rimborsi per acquisto beni da parte di Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	02-09-01-Ricavi infragruppo regionali	-	-	-	-
R	A03030 A.3.B.1.3) Altri concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche da parte di Asl-AO , IRCCS, Policlinici della Regione	02-09-01-Ricavi infragruppo regionali	289	289	289	289
	A03035 A.3.B.2) Concorsi, recuperi e rimborsi v/altri Enti Pubblici		-	-	-	-
	A03040 A.3.B.2.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda in posizione di comando v/altri Enti Pubblici	03-04-altre entrate proprie	-	-	-	-
	A03045 A.3.B.2.2) Rimborsi per acquisto beni v/altri Enti Pubblici	03-04-altre entrate proprie	-	-	-	-
	A03050 A.3.B.2.3) Altri concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche v/Altri Enti Pubblici	03-04-altre entrate proprie	-	-	-	-
R	A03055 A.3.B.3) Concorsi, recuperi e rimborsi v/Regione		8	8	8	8
R	A03060 A.3.B.3.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dell'azienda in posizione di comando v/Regione	03-04-altre entrate proprie	-	-	-	-
R	A03065 A.3.B.3.2) Altri concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche v/Regione	03-04-altre entrate proprie	8	8	8	8
	A03070 A.3.B.4) Concorsi, recuperi e rimborsi v/privati		1.522	1.547	1.522	1.547
	A03075 A.3.B.4.1) Rimborso da Aziende Farmaceutiche per Pay Back	03-04-altre entrate proprie	1.449	1.474	1.449	1.474
	A03080 A.3.B.4.2) Altri concorsi, recuperi e rimborsi verso privati	03-04-altre entrate proprie	73	73	73	73
	A04000 A.4) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)		6.311	6.311	6.432	7.039
	A04005 A.4.A) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale	03-03-Ticket	6.256	6.256	6.377	6.984
	A04010 A.4.B) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sul pronto soccorso	03-03-Ticket	55	55	55	55
	A04015 A.4.C) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)- Altro	03-03-Ticket	-	-	-	-
	A05000 A.5) Costi capitalizzati		3.675	3.675	3.675	3.675
	A05005 A.5.A) Costi capitalizzati da utilizzo finanziamenti per investimenti // [Costi Sterilizzati]		3.675	3.675	3.675	3.675
	A05010 A.5.A.1) Costi capitalizzati da utilizzo finanziamenti per investimenti da Regione	30-01-ammortamenti e sterilizzazioni	3.675	3.675	3.675	3.675
	A05015 A.5.A.2) Costi capitalizzati da utilizzo finanziamenti per investimenti dallo Stato	30-01-ammortamenti e sterilizzazioni	-	-	-	-
	A05020 A.5.A.3) Costi capitalizzati da utilizzo altre poste del patrimonio netto	30-01-ammortamenti e sterilizzazioni	-	-	-	-
	A05025 A.5.B) Costi capitalizzati per costi sostenuti in economia	30-02-costi sostenuti in economia	-	-	-	-
	A99999 Totale valore della produzione (A)		618.527	634.083	618.726	635.753
	B) Costi della produzione		-	-	-	-
	B01000 B.1) Acquisti di beni		92.907	101.224	89.164	93.092
	B01005 B.1.A) Acquisti di beni sanitari		87.743	95.970	84.269	88.377
	B01010 B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati	12-prodotti farmaceutici, emoderivati e diet	37.790	41.630	36.286	37.977
	B01015 B.1.A.2) Ossigeno	12-prodotti farmaceutici, emoderivati e diet	937	1.033	937	1.033
	B01020 B.1.A.3) Prodotti dietetici	12-prodotti farmaceutici, emoderivati e diet	2.074	2.285	2.018	2.173
	B01025 B.1.A.4) Materiali per la profilassi (vaccini)	13-01-altri beni sanitari	255	278	236	239
	B01030 B.1.A.5) Materiali diagnostici prodotti chimici	13-01-altri beni sanitari	11.937	12.974	11.486	12.073
	B01035 B.1.A.6) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.	13-01-altri beni sanitari	1.803	1.960	1.506	1.365
	B01040 B.1.A.7) Presidi chirurgici e materiali sanitari	13-01-altri beni sanitari	26.697	29.018	25.766	27.155
	B01045 B.1.A.8) Materiali protesici	13-01-altri beni sanitari	1.629	1.771	1.414	1.341
	B01050 B.1.A.9) Materiali per emodialisi	13-01-altri beni sanitari	1.739	1.890	1.739	1.890
	B01055 B.1.A.10) Materiali e Prodotti per uso veterinario	13-01-altri beni sanitari	42	46	42	46
	B01060 B.1.A.11) Altri beni e prodotti sanitari	13-01-altri beni sanitari	2.838	3.085	2.838	3.085
R	B01065 B.1.A.12) Beni e prodotti sanitari da Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	02-09-02-Costi infragruppo regionali	-	-	-	-
	B01070 B.1.B) Acquisti di beni non sanitari		5.164	5.254	4.894	4.715
	B01075 B.1.B.1) Prodotti alimentari	13-02-beni non sanitari	112	114	88	66

	B01080	B.1.B.2) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	13-02-beni non sanitari	210	213	197	187
	B01085	B.1.B.3) Combustibili, carburanti e lubrificanti	13-02-beni non sanitari	3.453	3.514	3.293	3.193
	B01090	B.1.B.4) Supporti informatici e cancelleria	13-02-beni non sanitari	954	971	929	921
	B01095	B.1.B.5) Materiale per la manutenzione	13-02-beni non sanitari	312	318	266	225
	B01100	B.1.B.6) Altri beni non sanitari	13-02-beni non sanitari	122	124	122	124
R	B01105	B.1.B.7) Beni non sanitari da Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	02-09-02-Costi infragruppo regionali	-	-	-	-
	B02000	B.2) Acquisti di servizi		320.672	324.587	315.139	314.780
	B02005	B.2.A) Acquisti servizi sanitari		282.090	283.708	281.031	280.575
	B02010	B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base		50.285	50.285	50.285	50.285
	B02015	B.2.A.1.1) - da convenzione		50.285	50.285	50.285	50.285
	B02020	B.2.A.1.1.A) Spese per assistenza MMG	21-medicina di base	27.442	27.442	27.442	27.442
	B02025	B.2.A.1.1.B) Spese per assistenza PLS	21-medicina di base	4.634	4.634	4.634	4.634
	B02030	B.2.A.1.1.C) Spese per assistenza Continuità assistenziale	21-medicina di base	10.594	10.594	10.594	10.594
	B02035	B.2.A.1.1.D) Altro (medicina dei servizi, psicologi, medici 118, ecc)	21-medicina di base	7.615	7.615	7.615	7.615
R	B02040	B.2.A.1.2) - da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione) - Mobilità intraregionale	02-01-02-Costi mobilità in compensazione	-	-	-	-
S	B02045	B.2.A.1.3) - da pubblico Mobilità (Extra Regione)	02-02-02-Costi mobilità in compensazione	-	-	-	-
	B02050	B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica		60.943	62.010	60.386	59.880
	B02055	B.2.A.2.1) - da convenzione	22-farmaceutica convenzionata	60.943	62.010	60.386	59.880
R	B02060	B.2.A.2.2) - da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione)- Mobilità intraregionale	02-01-02-Costi mobilità in compensazione	-	-	-	-
S	B02065	B.2.A.2.3) - da pubblico (extra Regione)	02-02-02-Costi mobilità in compensazione	-	-	-	-
	B02070	B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale		32.373	32.373	32.373	32.373
R	B02075	B.2.A.3.1) - da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione)- Mobilità intraregionale spe	02-01-02-Costi mobilità in compensazione	11	11	11	11
	B02080	B.2.A.3.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	23-02-01 prestazioni da privato-ambulatori	-	-	-	-
S	B02085	B.2.A.3.3) - da pubblico (extra Regione)	02-02-02-Costi mobilità in compensazione	-	-	-	-
	B02090	B.2.A.3.4) - da privato - Medici SUMAI	23-02-02 prestazioni da sumaisti	5.633	5.633	5.633	5.633
	B02095	B.2.A.3.5) - da privato		10.868	10.868	10.868	10.868
	B02100	B.2.A.3.5.A) Servizi sanitari per assistenza specialistica da IRCCS Privati e Policl.privati	23-02-01 prestazioni da privato-ambulatori	1.885	1.885	1.885	1.885
	B02105	B.2.A.3.5.B) Servizi sanitari per assistenza specialistica da Ospedali Classificati privati	23-02-01 prestazioni da privato-ambulatori	5.986	5.986	5.986	5.986
	B02110	B.2.A.3.5.C) Servizi sanitari per assistenza specialistica da Case di Cura Private	23-02-01 prestazioni da privato-ambulatori	2.997	2.997	2.997	2.997
	B02115	B.2.A.3.5.D) Servizi sanitari per assistenza specialistica da altri soggetti privati	23-02-01 prestazioni da privato-ambulatori	-	-	-	-
	B02120	B.2.A.3.6) - da privato per cittadini non residenti - extraregione (mobilità attiva in compensazione)	23-02-01 prestazioni da privato-ambulatori	15.861	15.861	15.861	15.861
	B02125	B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa		15.000	15.000	15.000	15.000
R	B02130	B.2.A.4.1) - da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione) - Mobilità intraregionale	02-01-02-Costi mobilità in compensazione	-	-	-	-
	B02135	B.2.A.4.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	23-03-prestazioni da privato-riabilitazione €	-	-	-	-
SS	B02140	B.2.A.4.3) - da pubblico (extra Regione) non soggetto a compensazione	02-02-04-Costi mobilità non in compensazi	-	-	-	-
	B02145	B.2.A.4.4) - da privato (intraregionale ed extraregionale)	23-03-prestazioni da privato-riabilitazione €	15.000	15.000	15.000	15.000
	B02150	B.2.A.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa e protesica		6.643	6.760	6.643	6.760
R	B02155	B.2.A.5.1) - da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione)- Mobilità intraregionale	02-01-02-Costi mobilità in compensazione	-	-	-	-
	B02160	B.2.A.5.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	23-04-02-assistenza integrativa e protesica	3	3	3	3
S	B02165	B.2.A.5.3) - da pubblico (extra Regione)	02-02-02-Costi mobilità in compensazione	-	-	-	-
	B02170	B.2.A.5.4) - da privato	23-04-02-assistenza integrativa e protesica	6.640	6.756	6.640	6.756
	B02175	B.2.A.6) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera		78.278	78.278	78.278	78.278
R	B02180	B.2.A.6.1) - da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione)- Mobilità intraregionale osp	02-01-02-Costi mobilità in compensazione	152	152	152	152
	B02185	B.2.A.6.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	23-01-prestazioni da privato-ospedaliera	-	-	-	-
S	B02190	B.2.A.6.3) - da pubblico (extra Regione)	02-02-02-Costi mobilità in compensazione	-	-	-	-
	B02195	B.2.A.6.4) - da privato		36.599	36.599	36.599	36.599
	B02200	B.2.A.6.4.A) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da IRCCS Privati e Policlinici privati	23-01-prestazioni da privato-ospedaliera	3.818	3.818	3.818	3.818
	B02205	B.2.A.6.4.B) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Ospedali Classificati privati	23-01-prestazioni da privato-ospedaliera	22.251	22.251	22.251	22.251
	B02210	B.2.A.6.4.C) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Case di Cura Private	23-01-prestazioni da privato-ospedaliera	10.531	10.531	10.531	10.531
	B02215	B.2.A.6.4.D) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da altri soggetti privati	23-01-prestazioni da privato-ospedaliera	-	-	-	-
	B02220	B.2.A.6.5) - da privato per cittadini non residenti - extraregione (mobilità attiva in compensazione)	23-01-prestazioni da privato-ospedaliera	41.527	41.527	41.527	41.527
	B02225	B.2.A.7) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale		8.286	8.286	8.286	8.286
R	B02230	B.2.A.7.1) - da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione) - Mobilità intraregionale	02-01-04-Costi mobilità non in compensazi	-	-	-	-
	B02235	B.2.A.7.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	23-04-03-01-assistenza psichiatrica reside	-	-	-	-
SS	B02240	B.2.A.7.3) - da pubblico (extra Regione) - non soggette a compensazione	02-02-04-Costi mobilità non in compensazi	-	-	-	-
Psichiatria	B02245	B.2.A.7.4) - da privato(intraregionale ed extraregionale)	23-04-03-01-assistenza psichiatrica reside	8.286	8.286	8.286	8.286
	B02250	B.2.A.8) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci e File F		1.517	1.544	1.517	1.544
R	B02255	B.2.A.8.1) - da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione)- Mobilità intraregionale	02-01-04-Costi mobilità non in compensazi	-	-	-	-
	B02260	B.2.A.8.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	23-04-03-02-distribuzione di farmaci e file I	-	-	-	-
S	B02265	B.2.A.8.3) - da pubblico (extra Regione)	02-02-04-Costi mobilità non in compensazi	-	-	-	-

Distri						
b.						
farma						
ci						
	B02270 B.2.A.8.4) - da privato	23-04-03-02-distribuzione di farmaci e file I	1.517	1.544	1.517	1.544
	B02275 B.2.A.8.5) - da privato per cittadini non residenti - extraregione (mobilità attiva in compensazione)	23-04-03-02-distribuzione di farmaci e file I	-	-	-	-
	B02280 B.2.A.9) Acquisto prestazioni termali in convenzione		-	-	-	-
R	B.2.A.9.1) - da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione) - Mobilità intraregionale	02-01-02-Costi mobilità in compensazione	-	-	-	-
	B02290 B.2.A.9.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	23-04-03-03-assistenza termale da privato	-	-	-	-
S	B02295 B.2.A.9.3) - da pubblico (extra Regione)	02-02-02-Costi mobilità in compensazione	-	-	-	-
Term						
e	B02300 B.2.A.9.4) - da privato	23-04-03-03-assistenza termale da privato	-	-	-	-
	B02305 B.2.A.9.5) - da privato per cittadini non residenti - extraregione (mobilità attiva in compensazione)	23-04-03-03-assistenza termale da privato	-	-	-	-
	B02310 B.2.A.10) Acquisto prestazioni trasporto sanitari		2.268	2.360	2.268	2.360
R	B.2.A.10.1) - da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione) - Mobilità intraregionale	02-01-04-Costi mobilità non in compensazi	-	-	-	-
	B02320 B.2.A.10.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	23-04-01-trasporti sanitari da privato	-	-	-	-
S	B02325 B.2.A.10.3) - da pubblico (extra Regione)	02-02-04-Costi mobilità non in compensazi	-	-	-	-
Trasp						
.						
sanita	B02330 B.2.A.10.4) - da privato	23-04-01-trasporti sanitari da privato	2.268	2.360	2.268	2.360
ri						
	B02335 B.2.A.11) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria		9.111	9.111	9.111	9.111
R	B.2.A.11.1) - da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione) - Mobilità intraregionale altre	02-01-02-Costi mobilità in compensazione	-	-	-	-
	B02345 B.2.A.11.2) - da pubblico (altri enti pubblici)	23-04-03-04-prestazioni socio-sanitarie da	-	-	-	-
SS	B.2.A.11.3) - da pubblico (extra Regione) non soggette a compensazione	02-02-04-Costi mobilità non in compensazi	-	-	-	-
Socio						
Sanit	B02355 B.2.A.11.4) - da privato (intraregionale ed extraregionale)	23-04-03-04-prestazioni socio-sanitarie da	9.111	9.111	9.111	9.111
ari						
	B02360 B.2.A.12) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	03-02-saldo intramoenia	2.199	2.199	2.199	2.199
	B02365 B.2.A.13) Rimborsi, assegni e contributi sanitari		9.257	9.569	9.257	9.569
	B02370 B.2.A.13.1) Contributi ad associazioni di volontariato	13-03-03-04-altri servizi non sanitari	345	357	345	357
	B02375 B.2.A.13.2) Rimborsi per cure all'estero	13-03-03-04-altri servizi non sanitari	6	6	6	6
	B02380 B.2.A.13.3) Contributi per ARPA	13-03-03-04-altri servizi non sanitari	7.753	8.014	7.753	8.014
	B02385 B.2.A.13.4) Contributi per Agenzie Regionali	13-03-03-04-altri servizi non sanitari	-	-	-	-
	B02390 B.2.A.13.5) Contributo Legge 210/92	13-03-03-04-altri servizi non sanitari	-	-	-	-
	B02395 B.2.A.13.6) Altri rimborsi, assegni e contributi	13-03-03-04-altri servizi non sanitari	1.153	1.191	1.153	1.191
R	B.2.A.13.7) Rimborsi, assegni e contributi v/Asl-Ao-Irccs-Policlinici della Regione	02-09-02-Costi infragruppo regionali	-	-	-	-
	B02405 B.2.A.14) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie		5.640	5.640	5.570	5.500
R	B.2.A.14.1) Consulenze sanitarie e sociosan. da Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	02-09-02-Costi infragruppo regionali	-	-	-	-
	B02415 B.2.A.14.2) Consulenze sanitarie e sociosanit. da Terzi - Altri enti pubblici	13-03-03-01-consulenze-personale non di	310	310	240	170
	B02420 B.2.A.14.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socios. da privato		5.211	5.211	5.211	5.211
	B02425 B.2.A.14.3.A) Consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	13-03-03-01-consulenze-personale non di	2.051	2.051	2.051	2.051
	B.2.A.14.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	11-01-02 personale sanitario-non dipender	641	641	641	641
	B02435 B.2.A.14.3.C) Indennità a personale universitario -area sanitaria	11-01-02 personale sanitario-non dipender	-	-	-	-
	B02440 B.2.A.14.3.D) Lavoro interinale -area sanitaria	13-03-03-01-consulenze-personale non di	2.519	2.519	2.519	2.519
	B.2.A.14.3.E) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro -area sanitaria	13-03-03-01-consulenze-personale non di	-	-	-	-
	B02445 B.2.A.14.4) Rimborso oneri stipendiali del personale sanitario in comando		119	119	119	119
R	B.2.A.14.4.A) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	02-09-02-Costi infragruppo regionali	-	-	-	-
	B.2.A.14.4.B) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Regioni, Enti Pubblici e da Università	13-03-03-01-consulenze-personale non di	119	119	119	119
SS	B.2.A.14.4.C) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregione)	13-03-03-01-consulenze-personale non di	-	-	-	-
	B02470 B.2.A.15) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria		289	294 -	143 -	569
R	B.2.A.15.1) Altri servizi sanitari e sociosanitari da pubblico V/Asl-AO, IRCCS, Policlinici d/Regione	02-01-04-Costi mobilità non in compensazi	-	-	-	-
	B02480 B.2.A.15.2) Altri servizi sanitari e sociosanitari da pubblico - Altri enti	23-04-03-09-altri servizi sanitari da privato	107	109	107	109
	B02485 B.2.A.15.3) Altri servizi sanitari e sociosanitari da pubblico (extra Regione)	02-02-04-Costi mobilità non in compensazi	-	-	-	-
	B02490 B.2.A.15.4) Altri servizi sanitari da privato	23-04-03-09-altri servizi sanitari da privato	182	185 -	249 -	678
	B.2.A.15.5) Costi per servizi sanitari - Mobilità internazionale passiva	23-04-03-09-altri servizi sanitari da privato	-	-	-	-
	B02500 B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari		38.583	40.879	34.108	34.205
	B02505 B.2.B.1) Servizi non sanitari		36.496	38.784	32.830	32.927
	B02510 B.2.B.1.1) Lavanderia	13-03-01-servizi appalti	5.872	6.354	3.644	3.447
	B02515 B.2.B.1.2) Pulizia	13-03-01-servizi appalti	5.961	6.450	5.154	4.800
	B02520 B.2.B.1.3) Mensa	13-03-01-servizi appalti	5.843	6.323	4.950	4.500
	B02525 B.2.B.1.4) Riscaldamento	13-03-01-servizi appalti	-	-	-	-
	B02530 B.2.B.1.5) Elaborazione dati	13-03-01-servizi appalti	4.960	5.367	4.960	5.367
	B02535 B.2.B.1.6) Servizi trasporti (non sanitari)	13-03-01-servizi appalti	41	45	41	45

	B02540 B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti	13-03-01-servizi appalti	1.018	1.102	1.018	1.102
	B02545 B.2.B.1.8) Utenze telefoniche	13-03-02-servizi utenze	1.410	1.435	1.531	1.676
	B02550 B.2.B.1.9) Utenze elettricità	13-03-02-servizi utenze	3.613	3.676	3.613	3.676
	B02555 B.2.B.1.10) Altre utenze	13-03-02-servizi utenze	556	565	556	565
	B02560 B.2.B.1.11) Premi di assicurazione		3.474	3.591	3.474	3.591
	B02565 B.2.B.1.11.A) Premi di assicurazione - R.C. Professionale	13-03-03-04-altri servizi non sanitari	3.469	3.586	3.469	3.586
	B02570 B.2.B.1.11.B) Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi	13-03-03-04-altri servizi non sanitari	5	5	5	5
	B02575 B.2.B.1.12) Altri servizi non sanitari		3.748	3.874	3.890	4.157
R	B02580 B.2.B.1.12.A) Altri servizi non sanitari da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione)	02-09-02-Costi infragruppo regionali	-	-	-	-
	B02585 B.2.B.1.12.B) Altri servizi non sanitari da pubblico	13-03-03-04-altri servizi non sanitari	1	1	1	1
	B02590 B.2.B.1.12.C) Altri servizi non sanitari da privato	13-03-03-04-altri servizi non sanitari	3.747	3.873	3.889	4.156
	B02595 B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie		1.845	1.845	1.044	1.044
R	B02600 B.2.B.2.1) Consulenze non sanitarie VI/Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	02-09-02-Costi infragruppo regionali	-	-	-	-
	B02605 B.2.B.2.2) Consulenze non sanitarie da Terzi - Altri enti pubblici	13-03-03-02-consulenze-personale non di	-	-	-	-
	B02610 B.2.B.2.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie da privato		1.756	1.756	955	955
	B02615 B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	13-03-03-02-consulenze-personale non di	692	692	138	138
	B02620 B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	11-02-02 personale non sanitario-non dipe	755	755	755	755
	B02625 B.2.B.2.3.C) Lavoro interinale -area non sanitaria	13-03-03-02-consulenze-personale non di	304	304	61	61
	B02630 B.2.B.2.3.D) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro -area non sanitaria	13-03-03-02-consulenze-personale non di	5	5	1	1
	B02635 B.2.B.2.4) Rimborsio oneri stipendiali del personale non sanitario in comando		89	89	89	89
R	B02640 B.2.B.2.4.A) Rimborsio oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	02-09-02-Costi infragruppo regionali	-	-	-	-
	B02645 B.2.B.2.4.B) Rimborsio oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Regioni, Enti Pubblici e da Università	13-03-03-02-consulenze-personale non di	89	89	89	89
SS	B02650 B.2.B.2.4.C) Rimborsio oneri stipendiali personale non sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregione)	13-03-03-02-consulenze-personale non di	-	-	-	-
	B02655 B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non)		242	250	234	234
	B02660 B.2.B.3.1) Formazione (esternalizzata e non) da pubblico	13-03-03-04-altri servizi non sanitari	-	-	8	16
	B02665 B.2.B.3.2) Formazione (esternalizzata e non) da privato	13-03-03-04-altri servizi non sanitari	242	250	242	250
	B03000 B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)		11.509	12.455	11.388	12.213
	B03005 B.3.A) Manutenzione e riparazione agli immobili e loro pertinenze	13-03-01-servizi appalti	6.565	7.104	6.444	6.862
	B03010 B.3.B) Manutenzione e riparazione ai mobili e macchine	13-03-01-servizi appalti	172	186	172	186
	B03015 B.3.C) Manutenzione e riparazione alle attrezzature tecnico-scientifico sanitarie	13-03-01-servizi appalti	4.251	4.600	4.251	4.600
	B03020 B.3.D) Manutenzione e riparazione per la manut. di automezzi (sanitari e non)	13-03-01-servizi appalti	54	59	54	59
	B03025 B.3.E) Altre manutenzioni e riparazioni	13-03-01-servizi appalti	468	506	468	506
R	B03030 B.3.F) Manutenzioni e riparazioni da Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	02-09-02-Costi infragruppo regionali	-	-	-	-
	B04000 B.4) Godimento di beni di terzi		3.880	4.203	3.817	4.078
	B04005 B.4.A) Affitti passivi	13-03-04-godimento beni di terzi	348	377	285	251
	B04010 B.4.B) Canoni di noleggio		3.479	3.769	3.479	3.769
	B04015 B.4.B.1) Canoni di noleggio - area sanitaria	13-03-04-godimento beni di terzi	2.586	2.802	2.586	2.802
	B04020 B.4.B.2) Canoni di noleggio - area non sanitaria	13-03-04-godimento beni di terzi	893	967	893	967
	B04025 B.4.C) Canoni di leasing		53	58	53	58
	B04030 B.4.C.1) Canoni di leasing - area sanitaria	13-03-04-godimento beni di terzi	53	58	53	58
	B04035 B.4.C.2) Canoni di leasing - area non sanitaria	13-03-04-godimento beni di terzi	-	-	-	-
R	B04040 B.4.D) Locazioni e noleggi da Asl-Ao della Regione	02-09-02-Costi infragruppo regionali	-	-	-	-
	B05089 Totale Costo del personale		215.068	215.068	204.116	197.365
	B05000 B.5) Personale del ruolo sanitario		184.411	184.411	174.233	168.230
	B05005 B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario		94.236	94.236	89.223	85.279
	B05010 B.5.A.1) Costo del personale dirigente medico	11-01-01 personale sanitario-dipendente	87.164	87.164	82.449	78.758
	B05015 B.5.A.2) Costo del personale dirigente non medico	11-01-01 personale sanitario-dipendente	7.072	7.072	6.774	6.522
	B05020 B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario	11-01-01 personale sanitario-dipendente	90.175	90.175	85.010	82.951
	B06000 B.6) Personale del ruolo professionale		169	169	162	156
	B06005 B.6.A) Costo del personale dirigente ruolo professionale	11-02-01 personale non sanitario-dipender	151	151	145	139
	B06010 B.6.B) Costo del personale comparto ruolo professionale	11-02-01 personale non sanitario-dipender	18	18	18	17
	B07000 B.7) Personale del ruolo tecnico		18.210	18.210	17.775	17.347
	B07005 B.7.A) Costo del personale dirigente ruolo tecnico	11-02-01 personale non sanitario-dipender	942	942	902	869
	B07010 B.7.B) Costo del personale comparto ruolo tecnico	11-02-01 personale non sanitario-dipender	17.268	17.268	16.873	16.478
	B08000 B.8) Personale del ruolo amministrativo		12.278	12.278	11.946	11.632
	B08005 B.8.A) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo	11-02-01 personale non sanitario-dipender	2.638	2.638	2.527	2.433
	B08010 B.8.B) Costo del personale comparto ruolo amministrativo	11-02-01 personale non sanitario-dipender	9.640	9.640	9.419	9.199
	B09000 B.9) Oneri diversi di gestione		2.375	2.449	1.999	1.697
	B09005 B.9.A) Imposte e tasse (escluso Irap e Ires)	50-03-Altri oneri fiscali	174	174	174	174
	B09010 B.9.B) Perdite su crediti	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-
	B09015 B.9.C) Altri oneri diversi di gestione		2.201	2.275	1.825	1.523
	B09020 B.9.C.1) Indennità, rimborso spese e oneri sociali per gli Organi Direttivi e Collegio Sindacale	13-03-03-04-altri servizi non sanitari	1.107	1.144	1.107	1.144
	B09025 B.9.C.2) Altri oneri diversi di gestione	13-03-03-04-altri servizi non sanitari	1.094	1.131	718	379
	B10000 B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	30-01-ammortamenti e sterilizzazioni	154	154	154	154
	B11129 Totale Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali		7.837	7.837	7.837	7.837
	B11000 B.11) Ammortamento dei fabbricati		3.336	3.336	3.336	3.336
	B11005 B.11.A) Ammortamenti fabbricati non strumentali (disponibili)	30-01-ammortamenti e sterilizzazioni	207	207	207	207
	B11010 B.11.B) Ammortamenti fabbricati strumentali (indisponibili)	30-01-ammortamenti e sterilizzazioni	3.129	3.129	3.129	3.129
	B12000 B.12) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	30-01-ammortamenti e sterilizzazioni	4.501	4.501	4.501	4.501
	B13000 B.13) Svalutazione dei crediti	40-svalutazione crediti, rivalutazioni e sval	43	43	43	43

	B14000 B.14) Variazione delle rimanenze		-	6.374	-	6.374	-	6.240	-	6.107
	B14005 B.14.A) Variazione rimanenze sanitarie	99-02-variazione rimanenze	-	6.341	-	6.341	-	6.207	-	6.074
	B14010 B.14.B) Variazione rimanenze non sanitarie	99-02-variazione rimanenze	-	33	-	33	-	33	-	33
	B15000 B.15) Accantonamenti tipici dell'esercizio		11.030		11.036		11.030			11.036
	B15005 B.15.A) Accantonamenti per rischi		6.417		6.417		6.417			6.417
	B15010 B.15.A.1) Accantonamenti per cause civili ed oneri processuali	14-01-accantonamenti rischi	-	-	-	-	-	-	-	-
	B15015 B.15.A.2) Accantonamenti per contenzioso personale dipendente	14-01-accantonamenti rischi	-	-	-	-	-	-	-	-
	B15020 B.15.A.3) Altri accantonamenti per rischi	14-01-accantonamenti rischi	6.417		6.417		6.417			6.417
	B15025 B.15.B) Accantonamenti per premio di operosità	14-02-accantonamenti SUMAI (+TFR)	319		325		319			325
	B15030 B.15.C) Altri accantonamenti		4.294		4.294		4.294			4.294
	B15035 B.15.C.1) Accantonamenti per interessi di mora	14-03-altri accantonamenti	5		5		5			5
	B15040 B.15.C.2) Acc. Rinnovi convenzioni MMG/Pls/MCA ed altri	14-04 accantonamenti per rinnovi contratti	-	-	-	-	-	-	-	-
	B15045 B.15.C.3) Acc. Rinnovi contratt. - dirigenza medica	14-04 accantonamenti per rinnovi contratti	-	-	-	-	-	-	-	-
	B15050 B.15.C.4) Acc. Rinnovi contratt. - dirigenza non medica	14-04 accantonamenti per rinnovi contratti	-	-	-	-	-	-	-	-
	B15055 B.15.C.5) Acc. Rinnovi contratt. - comparto	14-04 accantonamenti per rinnovi contratti	-	-	-	-	-	-	-	-
	B15060 B.15.C.6) Altri accantonamenti	14-03-altri accantonamenti	4.289		4.289		4.289			4.289
	B99999 Totale costi della produzione (B)		659.101		672.682		638.447			636.189
	C) Proventi e oneri finanziari		-	-	-	-	-	-	-	-
	C01000 C.1) Interessi attivi		235		235		235			235
	C01005 C.1.A) Interessi attivi su c/tesoreria	19-01-Saldo gestione finanziaria	228		228		228			228
	C01010 C.1.B) Interessi attivi su c/c postali e bancari	19-01-Saldo gestione finanziaria	7		7		7			7
	C01015 C.1.C) Altri interessi attivi	19-01-Saldo gestione finanziaria	-	-	-	-	-	-	-	-
	C02000 C.2) Altri proventi		-	-	-	-	-	-	-	-
	C02005 C.2.A) Proventi da partecipazioni	19-01-Saldo gestione finanziaria	-	-	-	-	-	-	-	-
	C02010 C.2.B) Proventi finanziari da crediti iscritti nelle immobilizzazioni	19-01-Saldo gestione finanziaria	-	-	-	-	-	-	-	-
	C02015 C.2.C) Proventi finanziari da titoli iscritti nelle immobilizzazioni	19-01-Saldo gestione finanziaria	-	-	-	-	-	-	-	-
	C02020 C.2.D) Altri proventi finanziari diversi dai precedenti	19-01-Saldo gestione finanziaria	-	-	-	-	-	-	-	-
	C02025 C.2.E) Utili su cambi	19-01-Saldo gestione finanziaria	-	-	-	-	-	-	-	-
	C03000 C.3) Interessi passivi		2.609		2.609		2.609			2.609
	C03005 C.3.A) Interessi passivi su c/c tesoreria	19-01-Saldo gestione finanziaria	-	-	-	-	-	-	-	-
	C03010 C.3.B) Interessi passivi su mutui	19-01-Saldo gestione finanziaria	18		18		18			18
	C03015 C.3.C) Altri interessi passivi	19-01-Saldo gestione finanziaria	2.591		2.591		2.591			2.591
	C04000 C.4) Altri oneri		-	-	-	-	-	-	-	-
	C04005 C.4.A) Altri oneri finanziari	19-01-Saldo gestione finanziaria	-	-	-	-	-	-	-	-
	C04010 C.4.B) Perdite su cambi	19-01-Saldo gestione finanziaria	-	-	-	-	-	-	-	-
	C99999 Totale proventi e oneri finanziari (C)		-	2.374	-	2.374	-	2.374	-	2.374
	D) Rettifiche di valore di attività finanziarie		-	-	-	-	-	-	-	-
	D01000 D.1) Rivalutazioni	40-svalutazione crediti, rivalutazioni e svali	-	-	-	-	-	-	-	-
	D02000 D.2) Svalutazioni	40-svalutazione crediti, rivalutazioni e svali	-	-	-	-	-	-	-	-
	D99999 Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)		-	-	-	-	-	-	-	-
	E) Proventi e oneri straordinari		-	-	-	-	-	-	-	-
	E01000 E.1) Proventi straordinari		10.000		-		15.000			-
	E01005 E.1.A) Plusvalenze	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-	-	-	-	-
	E01010 E.1.B) Altri proventi straordinari		10.000		-		15.000			-
	E01015 E.1.B.1) Proventi da donazioni e liberalità diverse	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-	-	-	-	-
	E01020 E.1.B.2) Sopravvenienze attive		10.000		-		15.000			-
	E01025 E.1.B.2.1) Sopravvenienze Attive v/Asl-AO, IRCCS, Policlinici	02-09-01-Ricavi infragruppo regionali	-	-	-	-	-	-	-	-
	E01030 E.1.B.2.2) Sopravvenienze Attive v/terzi		10.000		-		15.000			-
	E01035 E.1.B.2.2.A) Sopravvenienze attive v/terzi relative alla mobilità extraregionale	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-	-	-	-	-
	E01040 E.1.B.2.2.B) Sopravvenienze attive v/terzi relative al personale	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-	-	-	-	-
	E01045 E.1.B.2.2.C) Sopravvenienze attive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-	-	-	-	-
	E01050 E.1.B.2.2.D) Sopravvenienze attive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-	-	-	-	-
	E01055 E.1.B.2.2.E) Sopravvenienze attive v/terzi relative all'acquisto prestaz. Sanitarie da operatori accreditati	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-	5.000			-
	E01060 E.1.B.2.2.F) Sopravvenienze attive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-	-			-
	E01065 E.1.B.2.2.G) Altre sopravvenienze attive v/terzi	99-03-Saldo gestione straordinaria	10.000		-		10.000			-
	E01070 E.1.B.3) Insussistenze Attive		-	-	-	-	-	-	-	-
	E01075 E.1.B.3.1) Insussistenze Attive v/Asl-AO, IRCCS, Policlinici	02-09-01-Ricavi infragruppo regionali	-	-	-	-	-	-	-	-
	E01080 E.1.B.3.2) Insussistenze Attive v/terzi		-	-	-	-	-	-	-	-
	E01085 E.1.B.3.2.A) Insussistenze attive v/terzi relative alla mobilità extraregionale	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-	-	-	-	-
	E01090 E.1.B.3.2.B) Insussistenze attive v/terzi relative al personale	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-	-	-	-	-
	E01095 E.1.B.3.2.C) Insussistenze attive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-	-	-	-	-
	E01100 E.1.B.3.2.D) Insussistenze attive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-	-	-	-	-
	E01105 E.1.B.3.2.E) Insussistenze attive v/terzi relative all'acquisto prestaz. Sanitarie da operatori accreditati	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-	-	-	-	-
	E01110 E.1.B.3.2.F) Insussistenze attive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-	-	-	-	-
	E01115 E.1.B.3.2.G) Altre Insussistenze attive v/terzi	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-	-	-	-	-
	E01120 E.1.B.4) Altri proventi straordinari	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-	-	-	-	-
	E02000 E.2) Oneri straordinari		-	-	-	-	-	-	-	-
	E02005 E.2.A) Minusvalenze	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-	-	-	-	-
	E02010 E.2.B) Altri oneri straordinari		-	-	-	-	-	-	-	-
	E02015 E.2.B.1) Oneri tributari da esercizi precedenti	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-	-	-	-	-
	E02020 E.2.B.2) Oneri da cause civili	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-	-	-	-	-
	E02025 E.2.B.3) Sopravvenienze passive		-	-	-	-	-	-	-	-
	E02030 E.2.B.3.1) Sopravvenienze passive v/Asl-AO, IRCCS, Policlinici		-	-	-	-	-	-	-	-

R	E02035	E.2.B.3.1.A) Sopravvenienze passive v/Asl-Ao,Irccs,Pol. relative alla mobilità intraregionale	02-09-02-Costi infragruppo regionali	-	-	-	-
R	E02040	E.2.B.3.1.B) Altre sopravvenienze passive v/Asl-Ao,Irccs,Pol.	02-09-02-Costi infragruppo regionali	-	-	-	-
	E02045	E.2.B.3.2) Sopravvenienze passive v/terzi		-	-	-	-
	E02050	E.2.B.3.2.A) Sopravvenienze passive v/terzi relative alla mobilità extraregionale	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-
	E02055	E.2.B.3.2.B) Sopravvenienze passive v/terzi relative al personale		-	-	-	-
	E02060	E.2.B.3.2.B.1) Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza medica	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-
	E02065	E.2.B.3.2.B.2) Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza non medica	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-
	E02070	E.2.B.3.2.B.3) Soprav. passive v/terzi relative al personale - comparto	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-
	E02075	E.2.B.3.2.C) Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-
	E02080	E.2.B.3.2.D) Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-
	E02085	E.2.B.3.2.E) Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-
	E02090	E.2.B.3.2.F) Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-
	E02095	E.2.B.3.2.G) Altre sopravvenienze passive v/terzi	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-
	E02100	E.2.B.4) Insussistenze passive		-	-	-	-
R	E02105	E.2.B.4.1) Insussistenze passive v/Asl-AO, IRCCS, Policlinici	02-09-02-Costi infragruppo regionali	-	-	-	-
	E02110	E.2.B.4.2) Insussistenze passive v/terzi		-	-	-	-
	E02115	E.2.B.4.2.A) Insussistenze passive v/terzi relative alla mobilità extraregionale	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-
	E02120	E.2.B.4.2.B) Insussistenze passive v/terzi relative al personale	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-
	E02125	E.2.B.4.2.C) Insussistenze passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-
	E02130	E.2.B.4.2.D) Insussistenze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-
	E02135	E.2.B.4.2.E) Insussistenze passive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-
	E02140	E.2.B.4.2.F) Insussistenze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-
	E02145	E.2.B.4.2.G) Altre Insussistenze passive v/terzi	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-
	E02150	E.2.B.5) Altri oneri straordinari	99-03-Saldo gestione straordinaria	-	-	-	-
E99999 Totale proventi e oneri straordinari (E)				10.000	-	15.000	-
X01000 Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)				-	32.948	-	40.973
Imposte e tasse				-	-	-	-
	Y01000	Y.1) IRAP		16.039	16.039	15.410	14.833
	Y01005	Y.1.A) IRAP relativa a personale dipendente	50-01-IRAP	14.354	14.354	13.725	13.148
	Y01010	Y.1.B) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	50-01-IRAP	1.685	1.685	1.685	1.685
	Y01015	Y.1.C) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	50-01-IRAP	-	-	-	-
	Y01020	Y.1.D) IRAP relativa ad attività commerciali	50-01-IRAP	-	-	-	-
	Y02000	Y.2) IRES		386	386	386	386
	Y02005	Y.2.A) IRES su attività istituzionale	50-02-IRES	386	386	386	386
	Y02010	Y.2.B) IRES su attività commerciale	50-02-IRES	-	-	-	-
	Y03000	Y.3) Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)	50-02-IRES	-	-	-	-
Y99999 Totale imposte e tasse				16.425	16.425	15.796	15.219
Z99999 RISULTATO DI ESERCIZIO				-	49.373	-	57.398
						22.891	18.029

MODELLO DI RILEVAZIONE DEI COSTI DEI LIVELLI DI ASSISTENZA DELLE AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

STRUTTURA RILEVATA				OGGETTO DELLA RILEVAZIONE			
REGIONE	1	4	0	ASREM	2	0	1
bilancio programmatico				2011			

	Macro voci economiche	Consumi e manutenzioni di sanitari	non sanitari	Costi per acquisti di servizi sanitari per erogazione di prestazioni	Costi per prestazioni sanitarie	servizi non sanitari	Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro													
10100	Igiene e sanità pubblica	1442	62	2.958	31	565	1.192	4	287	418	92	0	139	7.190
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	633	52	2.454	23	444	486	0	144	40	113	0	188	4.577
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	671	33	2.443	436	489	1.004	3	19	19	75	0	233	5.425
10400	Sanità pubblica veterinaria	500	48	1.637	238	482	1.488	0	134	129	86	0	217	4.959
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	609	27	3.569	2	61	4.632	0	26	0	5	0	233	9.164
10600	Servizio medico legale	0	14	0	0	85	166	0	0	0	11	0	10	286
19999	Totale	3855	236	13.061	730	2.126	8.968	7	610	606	382	0	1.020	31.601
	Assistenza distrettuale													
20100	Guardia medica	9	143	6.024	13	547	1.126	0	0	29	86	0	58	8.035
20200	Medicina generale	411	255	36.614	2.709	11.226	49.947	0	801	3764	854	0	4.733	111.314
20201	-- Medicina generica	0	0	22.408	1.852	4.497	17.258	0	0	3657	38	0	2.433	52.143
20202	-- Pediatria di libera scelta	0	0	9.837	287	1.060	14.606	0	0	12	14	0	2.125	27.941
20300	Emergenza sanitaria territoriale	411	255	4.369	570	5.689	18.083	0	801	95	802	0	175	31.230
20400	Assistenza farmaceutica	14.613	25	48.357	0	1	1.351	0	279	60	0	0	138	64.824
20401	-- Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie	5.283	25	47.776	0	0	183	0	87	0	0	0	34	53.368
20402	-- Altre forme di erogazione dell'assistenza	8.337	0	0	0	1	133	0	84	51	0	0	5	8.611
20500	Assistenza Integrativa	993	0	581	0	0	1.035	0	108	9	0	0	99	2.825
20600	Assistenza specialistica	9.887	1.217	18.692	1.920	3.643	22.108	0	3952	507	2.586	0	510	65.022
20601	-- Attività clinica	1.999	231	4.040	507	993	6.192	0	984	178	721	0	65	15.910
20602	-- Attività di laboratorio	2.655	384	6.044	670	1.292	6.898	0	1559	121	872	0	212	20.687
20603	-- Attività di diagnostica strumentale e per immagini	3.086	358	7.807	743	1.333	8.787	0	1204	156	982	0	230	24.686
20700	Assistenza Protetica	2.147	264	801	0	25	231	0	205	52	11	0	3	3.739
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	4.425	521	993	1.480	2.275	5.827	37	2396	775	461	0	478	19.658
20801	-- assistenza programmata a domicilio (ADI)	122	1	119	170	671	677	5	287	38	17	0	18	2.125
20802	-- assistenza alle donne, famiglia, coppie	650	197	327	319	1.069	2.873	2	759	452	302	0	251	7.201

20803	--Assistenza psichiatrica	532	2	120	258	185	825	0	405	48	53	0	3	2.431
20804	--Assistenza riabilitativa ai disabili	877	169	47	253	181	0	2	217	17	14	0	0	1.777
20805	--Assistenza ai tossicodipendenti	1.049	145	46	345	169	1.242	26	564	73	69	0	206	3.934
20806	--Assistenza agli anziani	1.195	7	324	135	0	210	2	164	147	6	0	0	2.190
20807	--Assistenza ai malati terminali													0
20808	--Assistenza a persone affette da HIV													0
20900	Assistenza territoriale semiresidenziale	1.054	67	3.408	34	835	692	27	628	195	188	0	1.106	8.235
20901	--Assistenza psichiatrica	31	45	1.321	16	703	345	8	89	10	148	0	1.106	3.822
20902	--Assistenza riabilitativa ai disabili	27	11	627	7	0	110	4	252	69	20	0	0	1.127
20903	--Assistenza ai tossicodipendenti	139	1	554	7	0	99	1	63	8	5	0	0	877
20904	--Assistenza agli anziani	237	0	519	0	133	0	6	142	91	0	0	0	1.128
20905	--Assistenza a persone affette da HIV													0
20906	--Assistenza ai malati terminali	620	10	387	4	0	138	8	82	17	15	0	0	1.281
21000	Assistenza territoriale residenziale	4.802	21	1.039	448	1.384	493	29	252	67	169	0	1.971	10.675
21001	--Assistenza psichiatrica	1.016	15	183	12	462	158	7	32	0	131	0	1.971	3.987
21002	--Assistenza riabilitativa ai disabili	173	0	286	4	160	149	5	13	41	18	0	0	849
21003	--Assistenza ai tossicodipendenti	873	5	531	3	151	78	6	21	0	20	0	0	1.888
21004	--Assistenza agli anziani	1.883	0	39	0	0	0	7	155	24	0	0	0	2.108
21005	--Assistenza a persone affette da HIV													0
21006	--Assistenza ai malati terminali	857	1	0	429	611	108	4	31	2	0	0	0	2.043
21100	Assistenza Idrotermale													0
29999	Totale	35.201	2.249	115.117	6.604	19.912	81.544	93	8308	5.397	4.344	0	8.994	287.763
Assistenza ospedaliera														
30100	Attività di pronto soccorso	1.780	394	3.828	58	677	3.401	0	355	913	173	0	99	11.678
30200	Ass. ospedaliera per acuti	37.225	1.983	132.142	7.527	26.366	92.533	81	9.503	5.523	3.092	0	7.639	323.614
30201	--in Day Hospital e Day Surgery	6.034	275	34.551	1.011	2.230	2.457	44	527	882	1.233	0	167	49.411
30202	--in degenza ordinaria	30.800	1.603	88.614	6.014	23.170	88.648	37	8.650	4.356	1.794	0	7.215	260.901
30300	Interventi ospedalieri a domicilio													0
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	107	13	0	407	229	168	0	71	132	11	0	3	1.141
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	284	92	8.977	95	737	1.260	0	255	153	54	0	254	12.161
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali													0
30700	Trapianto organi e tessuti													0
39999	Totale	39.005	2.377	135.970	7.585	27.043	95.934	81	9.858	6.436	3.265	0	7.738	335.292
49999	TOTALE	78.061	4.862	264.148	14.919	49.081	186.446	181	18.776	12.439	7.991	0	17.752	654.656

MODELLO DI RILEVAZIONE DEI COSTI DEI LIVELLI DI ASSISTENZA DELLE AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

STRUTTURA RILEVATA			
REGIONE	1	4	0
ASREM	2	0	1

OGGETTO DELLA RILEVAZIONE	
bilancio programmatico	2012

Macrovoce economiche		Consumi e manutenzioni di		Costi per acquisti di servizi		Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale	
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro														
10100	Igiene e sanità pubblica	1521	62	2.955	30	579	1.152	4	278	401	92	0	136	7.210
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	688	52	2.451	23	455	469	0	139	38	113	0	185	4.593
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	707	33	2.441	431	501	971	3	18	19	75	0	229	5.428
10400	Sanità pubblica veterinaria	527	48	1.636	236	493	1.438	0	130	124	86	0	213	4.931
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	642	27	3.566	2	62	4.478	0	25	0	5	0	229	9.038
10600	Servizio medico legale	0	14	0	0	87	160	0	0	0	11	0	10	282
19999	Totale	4065	236	13.049	722	2.177	8.668	7	590	582	382	0	1.002	31.480
Assistenza distrettuale														
20100	Guardia medica	9	143	6.018	12	561	1.089	0	0	28	86	0	57	8.003
20200	Medicina generale	434	255	36.577	2.676	11.497	48.289	0	775	3610	854	0	4.654	109.621
20201	-- Medicina generica	0	0	22.385	1.829	4.605	16.685	0	0	3508	38	0	2.393	51.443
20202	-- Pediatria di libera scelta	0	0	9.827	284	1.086	14.121	0	0	11	14	0	2.089	27.432
20300	Emergenza sanitaria territoriale	434	255	4.365	563	5.806	17.483	0	775	91	802	0	172	30.746
20400	Assistenza farmaceutica	15.408	25	48.307	0	1	1.306	0	269	57	0	0	136	65.509
20401	--Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie	5.570	25	47.727	0	0	177	0	84	0	0	0	33	53.616
20402	--Altre forme di erogazione dell'assistenza	8.791	0	0	0	1	128	0	81	49	0	0	5	9.055
20500	Assistenza Integrativa	1.047	0	580	0	0	1.001	0	104	8	0	0	98	2.838
20600	Assistenza specialistica	10.423	1.217	18.673	1.886	3.731	21.373	0	3822	486	2.586	0	501	64.708
20601	--Attività clinica	2.107	231	4.036	500	1.017	5.986	0	952	170	721	0	64	15.784
20602	--Attività di laboratorio	2.799	364	6.038	662	1.323	6.669	0	1507	116	872	0	208	20.558
20603	--Attività di diagnostica strumentale e per immagini	3.254	358	7.799	734	1.365	8.495	0	1165	150	982	0	226	24.528
20700	Assistenza Protetica	2.263	264	800	0	26	223	0	198	50	11	0	3	3.838
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	4.666	521	982	1.463	2.329	5.634	33	2318	744	461	0	471	19.622
20801	--assistenza programmata a domicilio (ADI)	129	1	119	168	687	655	5	278	36	17	0	18	2.113
20802	--assistenza alle donne, famiglia, coppie	685	197	327	315	1.094	2.777	1	734	434	302	0	247	7.113

20803	--Assistenza psichiatrica	561	2	120	255	190	798	0	392	46	53	0	3	2.420
20804	--Assistenza riabilitativa ai disabili	925	169	47	250	185	0	2	210	17	14	0	0	1.819
20805	--Assistenza ai tossicodipendenti	1.106	145	46	341	173	1.201	24	546	70	69	0	203	3.924
20806	--Assistenza agli anziani	1.260	7	323	134	0	203	1	158	141	6	0	0	2.233
20807	--Assistenza ai malati terminali													0
20808	--Assistenza a persone affette da HIV													0
20900	Assistenza territoriale semiresidenziale	1.110	67	3.403	34	856	668	26	606	186	138	0	1.087	8.231
20901	--Assistenza psichiatrica	32	45	1.319	16	720	333	7	86	9	148	0	1.087	3.802
20902	--Assistenza riabilitativa ai disabili	28	11	626	7	0	106	4	243	66	20	0	0	1.111
20903	--Assistenza ai tossicodipendenti	147	1	553	7	0	96	1	61	7	5	0	0	878
20904	--Assistenza agli anziani	250	0	518	0	136	0	6	137	87	0	0	0	1.134
20905	--Assistenza a persone affette da HIV													0
20906	--Assistenza ai malati terminali	653	10	387	4	0	133	8	79	17	15	0	0	1.306
21000	Assistenza territoriale residenziale	5.064	21	1.038	443	1.417	476	26	243	64	139	0	1.938	10.899
21001	--Assistenza psichiatrica	1.071	15	182	12	473	153	6	31	0	131	0	1.938	4.012
21002	--Assistenza riabilitativa ai disabili	182	0	286	4	164	144	4	12	39	18	0	0	853
21003	--Assistenza ai tossicodipendenti	921	5	531	3	154	75	6	20	0	20	0	0	1.735
21004	--Assistenza agli anziani	1.986	0	39	0	0	0	6	150	23	0	0	0	2.204
21005	--Assistenza a persone affette da HIV													0
21006	--Assistenza ai malati terminali	904	1	0	424	626	104	4	30	2	0	0	0	2.095
21100	Assistenza Idrotermale													0
29999	Totale	37.114	2.249	114.998	6.524	20.392	78.835	85	8033	5.175	4.344	0	8.844	286.593
Assistenza ospedaliera														
30100	Attività di pronto soccorso	1.876	394	3.824	57	694	3.288	0	343	875	173	0	98	11.622
30200	Ass. ospedaliera per acuti	39.248	1.983	132.006	7.431	26.999	89.460	80	9.190	5.302	3.092	0	7.512	322.303
30201	--in Day Hospital e Day Surgery	6.362	275	34.516	998	2.283	2.375	41	509	846	1.233	0	164	49.602
30202	--in degenza ordinaria	32.474	1.603	88.522	5.937	23.726	85.705	39	8.366	4.183	1.794	0	7.096	259.445
30300	Interventi ospedalieri a domicilio													0
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	112	13	0	402	235	162	0	69	127	11	0	3	1.134
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	300	92	8.968	94	755	1.218	0	246	146	54	0	249	12.122
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali													0
30700	Trapianto organi e tessuti													0
39999	Totale	41.124	2.377	135.830	7.488	27.693	92.748	80	9.533	6.177	3.265	0	7.610	333.925
49999	TOTALE	82.303	4.862	263.877	14.734	50.262	180.251	172	18.156	11.934	7.991	0	17.456	651.998

MODELLO DI RILEVAZIONE DEI COSTI DEI LIVELLI DI ASSISTENZA DELLE AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

REGIONE140ASREM201

STRUTTURA RILEVATA

OGGETTO DELLA RILEVAZIONE

bilancio tendenziale2011

	Macrovoce economiche	Consumi e manutenzioni di		Costi per acquisti di servizi		Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni								
	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro												
10100	Igiene e sanità pubblica	1504	65	2.964	32	619	1.258	4	297	436	92	0	141
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	660	55	2.459	24	486	513	0	149	42	113	0	192
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	699	35	2.449	451	535	1.060	3	19	20	75	0	238
10400	Sanità pubblica veterinaria	521	50	1.641	247	527	1.571	0	139	134	86	0	222
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	635	29	3.577	2	66	4.890	0	27	0	5	0	238
10600	Servizio medico legale	0	15	0	0	93	175	0	0	0	11	0	11
19999	Totale	4019	249	13.090	756	2.326	9.467	7	631	632	382	0	1.042
	Assistenza distrettuale												
20100	Guardia medica	9	151	6.037	13	599	1.189	0	0	31	86	0	59
20200	Medicina generale	429	269	36.689	2.801	12.290	52.731	0	829	3927	854	0	4.834
20201	-- Medicina generica	0	0	22.455	1.915	4.923	18.220	0	0	3816	38	0	2.485
20202	-- Pediatria di libera scelta	0	0	9.858	297	1.161	15.420	0	0	12	14	0	2.170
20300	Emergenza sanitaria territoriale	429	269	4.376	589	6.206	19.091	0	829	99	802	0	179
20400	Assistenza farmaceutica	15.238	26	48.459	0	1	1.426	0	288	62	0	0	141
20401	-- Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie	5.509	26	47.877	0	0	193	0	90	0	0	0	35
20402	-- Altre forme di erogazione dell'assistenza	8.694	0	0	0	1	140	0	87	53	0	0	5
20500	Assistenza Integrativa	1.035	0	582	0	0	1.093	0	111	9	0	0	101
20600	Assistenza specialistica	10.309	1.285	18.732	1.986	3.988	23.340	0	4088	529	2.586	0	521
20601	-- Attività clinica	2.084	244	4.049	524	1.067	6.537	0	1018	185	721	0	67
20602	-- Attività di laboratorio	2.769	384	6.057	693	1.414	7.283	0	1612	127	872	0	216
20603	-- Attività di diagnostica strumentale e per immagini	3.218	378	7.823	769	1.459	9.276	0	1246	163	982	0	235
20700	Assistenza Protettiva	2.238	279	803	0	28	244	0	212	54	11	0	3
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	4.614	551	986	1.532	2.490	6.152	37	2478	810	461	0	489
20801	-- assistenza programmata a domicilio (ADI)	127	1	120	176	735	715	5	297	40	17	0	19
20802	-- assistenza alle donne, famiglia, coppie	677	208	328	330	1.170	3.033	2	785	472	302	0	256

20803	--Assistenza psichiatrica	555	3	121	267	203	871	0	419	50	53	0	3	2.545
20804	--Assistenza riabilitativa ai disabili	915	178	47	262	198	0	2	224	18	14	0	0	1.858
20805	--Assistenza ai tossicodipendenti	1.094	153	46	357	184	1.311	26	594	76	59	0	211	4.111
20806	--Assistenza agli anziani	1.246	8	324	140	0	222	2	169	154	6	0	0	2.271
20807	--Assistenza ai malati terminali	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20808	--Assistenza a persone affette da HIV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20900	Assistenza territoriale semiresidenziale	1.098	70	3.415	35	916	730	27	649	203	188	0	1.129	8.460
20901	--Assistenza psichiatrica	32	48	1.324	17	770	364	8	92	10	148	0	1.129	3.942
20902	--Assistenza riabilitativa ai disabili	28	11	628	7	0	116	4	260	72	20	0	0	1.146
20903	--Assistenza ai tossicodipendenti	145	1	555	7	0	104	1	65	8	5	0	0	891
20904	--Assistenza agli anziani	247	0	520	0	145	0	6	147	95	0	0	0	1.161
20905	--Assistenza a persone affette da HIV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20906	--Assistenza ai malati terminali	646	10	388	4	0	146	8	85	18	15	0	0	1.320
21000	Assistenza territoriale residenziale	5.008	22	1.042	463	1.514	520	29	259	70	169	0	2.012	11.108
21001	--Assistenza psichiatrica	1.059	16	183	12	505	167	7	33	0	131	0	2.012	4.125
21002	--Assistenza riabilitativa ai disabili	180	0	287	4	175	157	5	13	43	18	0	0	882
21003	--Assistenza ai tossicodipendenti	911	5	532	3	165	82	6	21	0	20	0	0	1.745
21004	--Assistenza agli anziani	1.964	0	40	0	0	0	7	160	25	0	0	0	2.196
21005	--Assistenza a persone affette da HIV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21006	--Assistenza ai malati terminali	894	1	0	444	669	114	4	32	2	0	0	0	2.160
21100	Assistenza Idrotermale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
29999	Totale	36.705	2.374	115.360	6.830	21.798	86.088	93	8591	5.632	4.344	0	9.185	297.000
Assistenza ospedaliera														
30100	Attività di pronto soccorso	1.856	416	3.836	60	741	3.591	0	367	952	173	0	101	12.093
30200	Ass. ospedaliera per acuti	38.822	2.092	132.418	7.782	28.865	97.888	86	9.832	5.765	3.092	0	7.800	334.242
30201	--in Day Hospital e Day Surgery	6.293	290	34.624	1.045	2.441	2.594	44	545	921	1.233	0	171	50.201
30202	--in degenza ordinaria	32.118	1.691	88.799	6.218	25.366	93.587	42	8.950	4.547	1.794	0	7.367	270.479
30300	Interventi ospedalieri a domicilio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	114	14	0	421	251	177	0	74	138	11	0	3	1.203
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	297	97	8.995	98	807	1.330	0	263	159	54	0	259	12.358
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30700	Trapianto organi e tessuti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
39999	Totale	40.678	2.508	136.254	7.842	29.606	101.279	86	10.199	6.717	3.265	0	7.901	346.335
49999	TOTALE	81.402	5.131	264.704	15.428	53.730	196.834	186	19.421	12.981	7.991	0	18.128	675.936

MODELLO DI RILEVAZIONE DEI COSTI DEI LIVELLI DI ASSISTENZA DELLE AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

REGIONE ASREM

OGGETTO DELLA RILEVAZIONE
bilancio tendenziale

Macrovoce economiche		Consumi e manutenzioni di		Costi per acquisti di servizi		Personale del ruolo sanitario		Personale del ruolo professionale		Personale del ruolo tecnico amministrativo		Ammortamenti		Sopravvenienze / insussistenze		Altri costi		Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari												
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro																		
10100	Igiene e sanità pubblica	1656	66	2.979	32	660	4	297	436	92	0	142	7.622					
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	727	56	2.471	25	518	0	149	42	113	0	193	4.807					
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	770	36	2.461	461	571	3	19	20	75	0	239	5.715					
10400	Sanità pubblica veterinaria	574	51	1.649	252	562	0	139	134	86	0	223	5.241					
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	699	29	3.594	2	71	0	27	0	5	0	239	9.556					
10600	Servizio medico legale	0	15	0	0	99	0	0	0	11	0	11	311					
19999	Totale	4426	253	13.154	772	2.481	7	631	632	382	0	1.047	33.252					
Assistenza distrettuale																		
20100	Guardia medica	10	153	6.067	13	639	0	0	31	86	0	59	8.247					
20200	Medicina generale	472	273	36.872	2.860	13.104	0	829	3927	854	0	4.855	116.777					
20201	-- Medicina generica	0	0	22.565	1.955	5.249	0	0	3816	38	0	2.496	54.339					
20202	-- Pediatria di libera scelta	0	0	9.907	303	1.238	0	0	12	14	0	2.179	29.073					
20300	Emergenza sanitaria territoriale	472	273	4.400	602	6.617	0	829	99	802	0	180	33.365					
20400	Assistenza farmaceutica	16.779	27	48.698	0	1	0	288	62	0	0	142	67.423					
20401	--Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie	6.066	27	48.113	0	0	0	90	0	0	0	35	54.524					
20402	--Altre forme di erogazione dell'assistenza	9.573	0	0	0	1	0	87	53	0	0	5	9.859					
20500	Assistenza Integrativa	1.140	0	585	0	0	0	111	9	0	0	102	3.040					
20600	Assistenza specialistica	11.352	1.308	18.824	2.028	4.251	0	4088	529	2.586	0	523	68.829					
20601	--Attività clinica	2.295	248	4.069	535	1.159	0	1018	185	721	0	67	16.834					
20602	--Attività di laboratorio	3.048	391	6.086	708	1.508	0	1612	127	872	0	217	21.852					
20603	--Attività di diagnostica strumentale e per immagini	3.544	385	7.862	785	1.555	0	1246	163	982	0	236	26.034					
20700	Assistenza Protesica	2.465	284	807	0	29	0	212	54	11	0	3	4.109					
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	5.081	561	989	1.563	2.654	37	2478	810	461	0	491	21.277					
20801	--assistenza programmata a domicilio (ADI)	140	1	120	179	783	5	297	40	17	0	19	2.316					
20802	--assistenza alle donne, famiglia, coppie	746	212	329	337	1.247	2	785	472	302	0	257	7.722					

20803	--Assistenza psichiatrica	611	3	121	273	216	871	0	419	50	53	0	3	2.620
20804	--Assistenza riabilitativa ai disabili	1.007	181	47	267	211	0	2	224	18	14	0	0	1.971
20805	--Assistenza ai tossicodipendenti	1.205	156	46	364	197	1.311	26	594	76	59	0	212	4.246
20806	--Assistenza agli anziani	1.372	8	326	143	0	222	2	169	154	6	0	0	2.402
20807	--Assistenza ai malati terminali	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20808	--Assistenza a persone affette da HIV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20900	Assistenza territoriale semiresidenziale	1.211	71	3.431	37	975	730	27	649	203	138	0	1.134	8.857
20901	--Assistenza psichiatrica	35	49	1.330	17	821	364	8	92	10	148	0	1.134	4.008
20902	--Assistenza riabilitativa ai disabili	31	11	631	8	0	116	4	260	72	20	0	0	1.153
20903	--Assistenza ai tossicodipendenti	160	1	558	8	0	104	1	65	8	5	0	0	910
20904	--Assistenza agli anziani	273	0	522	0	155	0	6	147	95	0	0	0	1.198
20905	--Assistenza a persone affette da HIV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20906	--Assistenza ai malati terminali	712	10	390	4	0	146	8	85	18	15	0	0	1.388
21000	Assistenza territoriale residenziale	5.514	23	1.049	472	1.615	520	29	259	70	169	0	2.021	11.741
21001	--Assistenza psichiatrica	1.166	17	186	12	539	167	7	33	0	131	0	2.021	4.279
21002	--Assistenza riabilitativa ai disabili	199	0	288	4	187	157	5	13	43	18	0	0	914
21003	--Assistenza ai tossicodipendenti	1.003	5	535	3	176	82	6	21	0	20	0	0	1.851
21004	--Assistenza agli anziani	2.162	0	40	0	0	0	7	160	25	0	0	0	2.394
21005	--Assistenza a persone affette da HIV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21006	--Assistenza ai malati terminali	984	1	0	453	713	114	4	32	2	0	0	0	2.303
21100	Assistenza Idrotermale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
29999	Totale	40.419	2.416	115.930	6.973	23.240	86.088	93	8591	5.632	4.344	0	9.225	302.951
Assistenza ospedaliera														
30100	Attività di pronto soccorso	2.043	423	3.855	61	790	3.591	0	367	952	173	0	102	12.357
30200	Ass. ospedaliera per acuti	42.741	2.129	133.068	7.946	30.775	97.688	86	9.832	5.765	3.092	0	7.834	340.956
30201	--in Day Hospital e Day Surgery	6.928	295	34.795	1.067	2.602	2.594	44	545	921	1.233	0	172	51.196
30202	--in degenza ordinaria	35.364	1.721	89.233	6.349	27.045	93.587	42	8.950	4.547	1.794	0	7.402	276.034
30300	Interventi ospedalieri a domicilio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	122	15	0	430	263	177	0	74	138	11	0	3	1.238
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	327	98	9.040	100	860	1.330	0	263	159	54	0	257	12.488
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30700	Trapianto organi e tessuti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
39999	Totale	44.784	2.552	136.923	8.007	31.565	101.279	86	10.199	6.717	3.265	0	7.936	353.313
49999	TOTALE	89.629	5.221	266.007	15.752	57.285	196.334	186	19.421	12.981	7.991	0	18.208	689.516