



Regione Molise

**PROGRAMMA OPERATIVO
DELLA REGIONE MOLISE**

ANNO 2010

Prosecuzione del Piano di Rientro 2007/2009

SOMMARIO

SOMMARIO.....	2
PROGRAMMA OPERATIVO DELLA REGIONE MOLISE PER L' ANNO 2010.....	3
Oggetto: Patto per la Salute del 3 dicembre 2009, art.13 comma 14 e art.2 comma 88 della Legge 23 dicembre 2009, n.191. Programma Operativo anno 2010.	3
Premessa.....	3
Obiettivo 1: riorganizzazione della rete ospedaliera regionale. Individuazione dei criteri per l'istituzione, mantenimento e riconversione delle unità operative cliniche. (<i>PIANO DI RIENTRO 2007 - 2009 OBIETTIVO SPECIFICO n. 11</i>).....	14
LINEE GUIDA PER INDIVIDUAZIONE UOC E UOS	20
Appendice all'obiettivo n. 1 - Attività riabilitativa: dall'ospedale al territorio.....	22
Obiettivo 2: riorganizzazione della rete delle strutture residenziali, semiresidenziali e dell'Assistenza domiciliare (<i>PIANO DI RIENTRO 2007 - 2009 OBIETTIVO SPECIFICO n. 8</i>).....	29
Obiettivo 3: Interventi sul personale (<i>PIANO DI RIENTRO 2007 - 2009 OBIETTIVO SPECIFICO n. 3</i>).....	37
Obiettivo 5: Applicazione dell'art 1, comma 797, lettera o) della legge n. 296/2006 (legge finanziaria 2007). Tariffe per la diagnostica di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche.....	51
Obiettivo 6. Definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e ridefinizione delle relative tariffe.....	52
Obiettivo 8 - Razionalizzazione della spesa per acquisto di beni e servizi con particolare riferimento alla realizzazione di un sistema centralizzato di acquisti, alla standardizzazione dei beni e dei servizi da acquisire, alla ottimizzazione della rete logistica e distributiva (<i>PIANO DI RIENTRO OBIETTIVO SPECIFICO n. 3</i>).	59
Obiettivo 9: l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo – contabili, sottostanti alla contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili allo scopo di avviare anche le procedure connesse alla certificabilità dei bilanci della ASReM e dell'ARPA.	62
Obiettivo 10: definizione di nuove modalità di pagamento.....	66
Obiettivo 11: Progetti obiettivi nazionali 2010	67

PROGRAMMA OPERATIVO DELLA REGIONE MOLISE PER L' ANNO 2010

Proseguimento del Piano di Rientro 2007/2009

Oggetto: Patto per la Salute del 3 dicembre 2009, art.13 comma 14 e art.2 comma 88 della Legge 23 dicembre 2009, n.191. Programma Operativo anno 2010.

Premessa

Nel predisporre il presente documento, si è tenuto conto quanto emerso nell'incontro con il Tavolo ed il Comitato di verifica del 24 marzo 2010, durante il quale è stata richiesta una revisione della bozza del programma operativo inviata, inserendo gli interventi da porre in essere, le azioni e le scadenze, riportandole in un cronoprogramma e corredando il tutto con i modelli CE ed LA tendenziali e programmatici per l'anno 2010.

Gli obiettivi esplicitati nel presente programma operativo rappresentano una prosecuzione del piano di rientro 2007-2009, 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 indicati, ancorché indicativa degli effetti prevedibili, risente, purtroppo, in termini di sostenibilità oggettiva, della carenza, ad oggi, di alcuni dati indispensabili per una sua più puntuale definizione.

E' 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 assai significativa, tanto da rendere i risultati economici a livello CE 999 ragionevolmente certi. Tale risultato è stato ottenuto anche attraverso interventi extracontabili e puntuali verifiche effettuate a livello regionale.

Pur non potendo delineare, al momento, una puntuale correlazione interventi – risparmi, è opinione che, attraverso il costante monitoraggio dei costi del sistema sanitario regionale da parte della struttura commissariale, e la preventiva condivisione degli atti correlati alla spesa, possa raggiungersi l'equilibrio economico – finanziario.

In ogni caso, al fine di rendere progressivamente più accurata la valorizzazione degli interventi e di migliorare il monitoraggio della fase attuativa degli stessi, anche per fornire al Tavolo tecnico ulteriori elementi di valutazione, è stato attivato un gruppo di lavoro regionale, con la partecipazione di responsabili ASREM, per individuare in tempi rapidi i dati necessari e utili alla predetta valorizzazione.

Inoltre, allo scopo di rendere efficace tale monitoraggio, accanto ai singoli obiettivi citati nel presente Programma Operativo, saranno sviluppate in maggior dettaglio le principali azioni che si intendono avviare ed i relativi cronoprogrammi, affidando ad una Cabina di Regia regionale il compito di monitorare le azioni volte al raggiungimento degli obiettivi.

La Cabina di Regia, coordinata dalla Direzione Generale V politiche per la tutela della salute e assistenza socio-sanitaria, sarà costituita da rappresentanti regionali e dell'ASREM e supportata nelle attività di monitoraggio di avanzamento del piano e nell'analisi delle informazioni ottenute dall'Advisor contabile e gestionale, il cui contratto è stato in questo senso riformulato.

Infine, allo scopo di superare definitivamente le carenze inerenti i processi contabili e gestionali, tra l'altro comuni a più regioni, in particolare a quelle soggette a Piano di Rientro, la Regione ha inteso avvalersi della facoltà garantita dall' articolo 79 della legge n. 191/2009 (c.d. Legge finanziaria) che prevede l'utilizzo di parte dei fondi ex art. 20, per investimenti in progetti che consentano di andare oltre la semplice funzione di "richiesta e raccolta" dei dati dal livello locale per attivare un piano d'azione regionale di intervento sui modelli organizzativi e gestionali a livello locale che porti al disegno e alla realizzazione di nuovi processi per l'ottenimento di flussi informativi stabili, strutturati e continuativi.

La Regione Molise, a tal proposito, ha già presentato una proposta di accesso ai fondi, con i seguenti principali obiettivi:

- la costruzione di solidi processi per la produzione dei flussi informativi gestiti a livello locale, che possa migliorare in modo determinante la disponibilità di dati tempestivi ed affidabili necessari per il governo dell'A.S.Re.M. e per il complesso del SSR;
- la crescita, tra gli operatori del sistema, delle competenze gestionali e di monitoraggio, della capacità nell'utilizzo di metodologie e di sistemi a supporto dei processi per la produzione, la rilevazione e l'analisi dei dati.

Come evidente, la realizzazione di quanto sopra sintetizzato, non potrà che richiedere alcuni anni, nel corso dei quali però la progressione nella qualità e disponibilità di dati ed informazioni, potrà essere sicuramente maggiore di quanto ad oggi registrato.

La previgente normativa - Piano di Rientro 2007 – 2009 e stato attuale degli adempimenti – Nomina Commissario *ad Acta* e Sub Commissario

L'obbligo per le Regioni di garantire, ai sensi dell'art. 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004 n. 311 (legge finanziaria 2005) in sede di programmazione, l'equilibrio economico-finanziario delle aziende sanitarie, ospedaliere e universitarie, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, sia in sede di preventivo annuale che di conto consuntivo, (realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi dell'indebitamento netto delle Pubbliche Amministrazioni, e l'adozione obbligatoria di misure volte al riequilibrio delle gestioni) ha determinato la sottoscrizione dell'Accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e il Presidente della Regione Molise per l'approvazione del Piano di Rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico e contenimento della spesa siglato in data 27 marzo 2007 e recepito con delibera di Giunta Regionale n. 362 del 30 marzo 2007.

La sottoscrizione dell'Accordo di approvazione del Piano di Rientro è condizione necessaria per la riattribuzione delle quote di premialità non assegnate alla Regione a seguito dei disavanzi rilevati nei tavoli di monitoraggio. Tali quote vengono erogate in maniera parziale e

graduale sulla base della verifica della effettiva attuazione del citato Piano di Rientro 2007/2009.

Gli obiettivi del Piano di Rientro 2007-2009 sono così sintetizzati:

1	Redazione del Piano Sanitario Regionale
2	Ridefinizione assetto dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise attraverso l'approvazione dell'atto aziendale redatto dalla ASREM
3	Misure di contenimento della spesa per personale, beni e servizi
3 a	Correlazione tra Piano e strumenti di programma
3 b	Adeguamento alle indicazioni del P.S.N per il triennio 2006-2008
4	Riassetto articolazione organizzativa dei distretti
5	Potenziamento e regolazione del sistema delle cure primarie
6	Riequilibrio e regolazione dell'assistenza riabilitativa
7	Regolazione di assistenza specialistica ambulatoriale di diagnosi e cura
8	Potenziamento e regolazione del sistema residenziale per assistenza anziani non autosufficienti
9	Potenziamento del sistema delle cure domiciliari
10	Misure di razionalizzazione dell'uso della risorsa farmaco in ambito territoriale
11	Riassetto della rete ospedaliera
12	Riduzione tasso di ospedalizzazione
13	Sviluppo regimi di assistenza alternativi ai ricoveri ordinari
14	Sviluppo sistemi di valutazione e controllo dell'appropriatezza
15	Misure di razionalizzazione dell'uso della risorsa farmaco in ambito ospedaliero. Ottimizzazione dei processi di acquisto.
16	Implementazione Contabilità Analitica per centri di costo e responsabilità
17	Conseguimento dei risparmi previsti dalla normativa nazionale
18	Rafforzamento della struttura amministrativa ed implementazione dei procedimenti amministrativi

I 18 obiettivi sopra elencati sono stati solo parzialmente raggiunti attesa la tipologia dell'offerta sanitaria erogata in maniera diffusa sul territorio in considerazione delle particolari condizioni orografiche dello stesso e della bassa densità demografica di numerosi comuni della Regione (< 1000 abitanti). 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.

OBIETTIVI DEL COMMISSARIO *AD ACTA* E DEL SUB COMMISSARIO

Il mancato rispetto da parte della Regione Molise degli adempimenti previsti nel Piano di Rientro, in relazione alla realizzabilità dell'equilibrio economico - finanziario e di riorganizzazione del sistema sanitario, ha comportato la nomina del Presidente della Regione Molise quale 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.

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

Nella delibera di nomina sono stati contestualmente indicati diciannove obiettivi costituiti da interventi prioritari da realizzare, finalizzati a dare completa attuazione al Piano di Rientro:

- 1) implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali;
- 2) riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia, analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza, e conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate;
- 3) definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati sia gestiti direttamente dalla regione (Neuromed e Cattolica) che gestiti dall'Azienda Sanitaria ASReM, secondo una stima puntuale del fabbisogno, con l'attribuzione, in caso di mancata

stipula, delle procedure di cui all'art. 8 quinquies, comma 2 – quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

- 4) al fine di non attivare l'ulteriore incremento delle aliquote fiscali regionali ai sensi dell'art. 1, comma 796, lettera b), sesto periodo, della legge 296/2006, con riferimento all'anno di imposta dell'esercizio 2009, reperite nel bilancio regionale risorse a copertura del disavanzo dell'anno 2008;
- 5) razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale con particolare riferimento al blocco del turn – over (comprensivo di tutte le forme di lavoro , ivi inclusa quella interinale), alla rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale e alla diminuzione delle posizioni organizzative e di coordinamento;
- 6) razionalizzazione della spesa per acquisto di beni e servizi, con particolare riferimento alla realizzazione di un sistema centralizzato di acquisti, alla standardizzazione dei beni e dei servizi da acquisire, alla ottimizzazione della rete logistica e distributiva;
- 7) razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata, con prioritario riferimento alle misure per l'incremento dell'appropriatezza prescrittiva e della spesa farmaceutica ospedaliera, finalizzata al suo riallineamento agli obiettivi programmati in sede nazionale e adozione e attuazione del nuovo piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera;
- 8) definizione del fabbisogno di prestazioni sanitarie;
- 9) conclusione delle procedure di accreditamento degli erogatori;
- 10) adozione delle tariffe per le prestazioni sanitarie;
- 11) ridefinizione dei protocolli di intesa con le Università;
- 12) completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
- 13) completamento dell'assetto territoriale della ASReM, con il superamento di qualsiasi forma di articolazione gestionale basato sul sistema delle disciolte zone territoriali; adozione del nuovo Atto Aziendale con la definizione di un centro unico di responsabilità delle principali funzioni, quali la gestione contabile, la gestione del personale e gli acquisti;

- 14) implementazione di un adeguato sistema di monitoraggio e controllo delle prestazioni sanitarie sia a livello aziendale che regionale
- 15) modifica del piano sanitario regionale in coerenza con il Piano di Rientro;
- 16) introduzione di misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, in misura proporzionata al disavanzo residuo stimato per l'anno 2009;
- 17) ricognizione dei provvedimenti approvati dagli organi regionali e aziendali in materia sanitaria; verifica delle congruità con il Piano di rientro dei predetti provvedimenti regionali ed aziendali, con conseguente sospensione dei provvedimenti contrastanti con il piano ovvero adottati in carenza o difformità del preventivo parere da parte dei Ministeri affiancanti;
- 18) definizione e programmazione degli investimenti per interventi edilizi e/o tecnologici presso strutture preesistenti o da realizzare;
- 19) ricognizione delle entità e natura del contenzioso passivo in atto, con conseguente determinazione del relativo fondo rischi.

Il rispetto degli adempimenti previsti nel Piano di Rientro è condizione necessaria per l'attribuzione alla Regione delle quote di premialità trattenute a livello statale a seguito dei disavanzi registrati: in caso contrario possono essere automaticamente innalzate le aliquote dell'IRPEF e IRAP, oltre i livelli massimi previsti. La legge n. 191 del 2009 (finanziaria per il 2010), infatti, all'articolo 2 comma 80 prevede che per la regione sottoposta al Piano di Rientro resti fermo l'obbligo di mantenere le maggiorazioni dell'aliquota di IRPEF e IRAP, incrementate in via automatica rispettivamente di 0,30 punti percentuali e 0,15 per l'anno in corso in caso di inadempienza.

Inoltre, gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti anche legislativi in contrasto con lo stesso e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena realizzazione del piano stesso.

In sede di verifica del 10 dicembre 2009 la Regione Molise è risultata adempiente per l'anno 2006, mentre rimangono criticità per alcuni adempimenti relativi all'anno 2007. Per l'anno 2008 i tavoli di monitoraggio ministeriali hanno stabilito un disavanzo non coperto, comprensivo del rischio di costi non esposti nel modello CE di 29,698 milioni di euro e per l'anno 2009 di circa 39 milioni di euro, che dovranno essere coperti con idonei provvedimenti

commissariali, compreso l'utilizzo dei fondi per le aree sottoutilizzate (FAS) di cui alla delibera del CIPE n.1 del 6 marzo 2009.

Le risorse spettanti alla Regione Molise fino a tutto l'anno 2007, pari complessivamente a 33,822 mln di euro, in coerenza con quanto previsto dall'accordo del 27 marzo 2007, potrebbero essere erogate secondo il seguente schema:

- 1. il 20%** subordinatamente all'invio entro il 31 dicembre 2009, e alla conseguente verifica positiva:
 - a. dei contratti firmati con gli erogatori privati accreditati per l'anno 2009;
 - b. dei programmi operativi di cui all'articolo 13, comma 14, del nuovo Patto per la Salute del 3 dicembre 2009 ed in particolare:
 - i. dei decreti che stabiliscono i tetti delle prestazioni acquistabili da privato accreditato, articolati per tipologia, per l'anno 2010 a seguito della ricognizione del fabbisogno;
 - ii. della documentazione comprovante l'adozione di nuovi procedimenti contabili e gestionali sia per il livello aziendale che regionale da adottarsi a partire dall'anno 2010;
 - iii. del provvedimento relativo al contenimento del costo del personale per l'anno 2010 ivi ricomprendendo il blocco del turn-over, la determinazione dei fondi della contrattazione integrativa e la diminuzione delle posizioni organizzative e di coordinamento, in coerenza di quanto disposto dall'articolo 12 del nuovo Patto per la Salute del 3 dicembre 2009;
 - iv. del provvedimento di adozione del nuovo Atto Aziendale dell'ASReM;
 - c. della documentazione in ordine agli adempimenti 2007 che presentano ancora criticità, ivi compresa l'attuazione del progetto Tessera Sanitaria;
 - d. della ricognizione dei provvedimenti regionali e aziendali in materia sanitaria e con verifica della relativa congruità con il Piano di Rientro;
 - e. dei provvedimenti di sospensione degli atti e provvedimenti in contrasto con il Piano di Rientro, compresi quelli di cui alla lettera c) della Delibera del Consiglio dei Ministri del 28 luglio 2009;
 - f. del provvedimento di copertura del disavanzo residuo relativo all'anno 2008;

2. le ulteriori risorse in presenza dell'effettiva operatività delle misure previste dal Piano, tali da garantire il raggiungimento dell'obiettivo dell'equilibrio di bilancio. In particolare:

▪ **il 30%** subordinatamente alla trasmissione entro 31 gennaio 2010 alla conseguente valutazione positiva della seguente documentazione:

- a. del nuovo Piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera corredato dalla relativa relazione tecnica;
- b. della relazione del riassetto territoriale dell'Azienda ASReM in ordine alla rideterminazione dei distretti e all'adozione del nuovo Atto Aziendale;
- c. della relazione sullo stato di avanzamento della riorganizzazione della rete laboratoristica pubblica e privata;
- d. della definizione degli schemi tipo di contratto con gli erogatori privati per l'anno 2010 e trasmissione dei relativi contratti firmati;
- e. della definizione e sottoscrizione dei protocolli d'intesa con le Università pubbliche e private;
- f. dell'adozione delle tariffe per le prestazioni sanitarie laddove mancanti;
- g. dell'impegno, da parte della gestione commissariale, in presenza di deroga normativa, a produrre, nel caso si prefigurino un disavanzo per l'anno 2009 una adeguata manovra di bilancio nella misura necessaria;

▪ **il 20%** subordinatamente alla trasmissione entro il 15 aprile 2010 e alla conseguente valutazione positiva della seguente documentazione:

- a. dei provvedimenti attuativi, da parte dell'azienda ASReM, del riassetto della rete ospedaliera in coerenza con quanto disposto dal nuovo Patto per la Salute del 3 dicembre 2009 in materia di standard di posti letto;
- b. dei provvedimenti propedeutici alla conclusione delle procedure di accreditamento degli erogatori privati in coerenza con quanto previsto dal nuovo Patto per la Salute del 3 dicembre 2009¹;
- c. dell'attuazione degli impegni concernenti il progetto tessera sanitaria.

¹ Tra cui il piano dei fabbisogni ai sensi dell'art.1, comma 796, legge n. 296/2006 (Finanziaria 2007)

Nella seduta del 28 gennaio 2010 risulta che la Regione Molise ha ottemperato al provvedimento relativo al contenimento del costo del personale ed al blocco del turn-over, ma non a tutti gli altri provvedimenti, rimandando la predisposizione dei rimanenti atti che hanno necessitato di una preparazione più accurata, anche alla luce della avvenuta rideterminazione del numero dei posti letto della rete ospedaliera, fissato nel Patto per la Salute del 3 dicembre 2009, in 3,3 posti letto per mille abitanti per acuti e 0,7 per riabilitazione e lungodegenza post-acuzie. Per quanto riguarda la verifica dei contratti firmati con gli erogatori privati accreditati per l'anno 2009, solo l'Università Cattolica del Sacro Cuore non ha sottoscritto l'ipotesi di accordo.

Prima di entrare nel merito della proposta riorganizzativa è necessario ed indispensabile una riflessione su alcune considerazioni di fondo. Considerazioni che nei fatti, oltre la consapevolezza e urgenza di interventi correttivi all'intero sistema, hanno determinato un rallentamento nell'attuazione del Piano di Rientro.

Il Molise con i suoi 321.000 abitanti è, tra le regioni a statuto ordinario, la più piccola d'Italia.

Il territorio molisano, che si estende per 4.438 kmq, con una superficie che equivale a circa l'1,47% del territorio nazionale, si configura per la totale assenza di pianura e per la prevalenza del territorio montuoso (che copre il 55% del territorio regionale) sulla quota collinare (che equivale al 45% della superficie complessiva). Il territorio molisano presenta inoltre, per le sue caratteristiche fisiche e morfologiche, un rischio sismico tra i maggiori in Italia.

Relativamente alla ripartizione della popolazione tra i comuni regionali, 65 (di cui 35 nella provincia di Campobasso e 30 nella provincia di Isernia, il 48% dei 136 dei comuni molisani) sono compresi nella classe "fino a 1000 residenti", mentre nei 4 comuni di "oltre i 10.000 abitanti" la popolazione totale è di 116.586 abitanti, pari al 36,34% della popolazione.

Per la Sanità, in particolare, sono indice oggettivo di disagio:

- l'altitudine variegata del territorio;
- l'indice di dispersione dei nuclei abitati;
- il rapporto tra popolazione residente e superficie complessiva;
- l'indice d'invecchiamento (in Molise è del 22% rispetto al dato nazionale del 19,60%).

Troppo spesso nel passato le popolazioni residenti nei piccoli comuni, affrontando quotidianamente condizioni pregiudizievoli di vita, hanno scelto l'abbandono definitivo a favore di zone in cui è più facile accedere ai servizi essenziali.

Lo studio dei costi dell'offerta sanitaria in Molise ha evidenziato oggettivi differenziali, rispetto ad altre realtà simili demograficamente, di incontestabile valenza che sono:

- i costi più elevati per ciascuna prestazione erogata;
- la difficile raggiungibilità di economie di scala;
- la necessità etica di erogare servizi anche in situazioni di mancata economicità;
- l'organizzazione più in funzione degli obiettivi di accessibilità, di qualità e sicurezza delle attività che di economicità dell'erogazione;
- il maggior rischio di inappropriata nei ricoveri ospedalieri per l'assenza in loco di forme alternative di assistenza

In relazione a tali fattori c'è una specificità della domanda la cui soddisfazione - relativamente al diritto di ciascuno di avere un'appropriata assistenza sanitaria - richiede un responsabile superamento dei limiti imposti dai ragionamenti di convenienza economica, di fattibilità e di razionalità.

In questi anni il sistema regionale ha subito numerosi interventi nell'ambito dell'attuazione del Piano di Rientro dal deficit sanitario. Gli effetti sul piano della qualità e della quantità dei servizi erogati e sul risultato finanziario atteso non sono stati in linea con quelli programmati.

Al di là di possibili responsabilità gestionali è risultato evidente che la logica basata sul solo contenimento della spesa non produce gli effetti desiderati.

Tra le evidenze emerge, contemporaneamente alla riduzione diffusa di prestazioni sanitarie da parte del sistema pubblico, l'incremento oltre ogni ragione della mobilità passiva e delle prestazioni erogate dai privati in regione.

Ragione per cui appare non procrastinabile una revisione responsabile di obiettivi e procedure del Piano di Rientro con adeguamenti dei tempi di attuazione e delle previsioni finanziarie, sia in entrata che di spesa, contemplando adeguatamente e gli obiettivi maggiori costi nell'immediato - anche e non ultimi quelli sociali - e prevedendo, coerentemente e contemporaneamente, un adeguato piano d'investimenti, relativamente a risposte strutturali sostitutive o complementari di quella ospedaliera:

In ultimo e specificatamente con riferimento al contesto va sottolineato che nel Molise una delle vie del riscatto è stata quella della diffusione dell'offerta sanitaria in un territorio difficile e ostile.

A una conquista sociale di questo valore non si rinuncia in poco tempo, subendola all'interno di un sistema che già soffre di deficit e di ritardi nella vita civile.

PROGRAMMA OPERATIVO ANNO 2010

Descrizione Obiettivi

Obiettivo 1: riorganizzazione della rete ospedaliera regionale. Individuazione dei criteri per l'istituzione, mantenimento e riconversione delle unità operative cliniche. (PIANO DI RIENTRO 2007 - 2009 OBIETTIVO SPECIFICO n. 11)

L'obiettivo della riorganizzazione della rete ospedaliera così come previsto nel Piano di Rientro 2007-2009 non è stato pienamente raggiunto, in particolare nella parte relativa alla ridefinizione e riqualificazione dell'offerta sanitaria e conseguentemente al riassetto dei posti letto per le strutture pubbliche e private (obiettivo operativo 11.1). L'intervento programmato volto alla progressiva riduzione del numero dei posti letto ha determinato un miglior assetto programmatico ed organizzativo, ma la mancata applicazione delle prescrizioni non ha prodotto effetti migliorativi della spesa sanitaria.

Le ragioni sono da ricercare prevalentemente nella riduzione "orizzontale" dei posti letto nei singoli presidi ospedalieri e nella limitazione al 20% del minimo di posti letto per le attività diurne. Tale tipologia di riduzione è scaturita dalla necessità di non privare il territorio di servizi sanitari indispensabili, e, quindi, rendere l'offerta sanitaria non omogenea ai cittadini molisani, a vantaggio delle sole aree con maggiore densità abitativa

La metodologia utilizzata nel presente programma operativo è stata quella di porre in essere un'offerta sanitaria alternativa, utile da un lato a concentrare in alcune strutture la ulteriore

riduzione dei posti letto e dall'altro ad attuare, nelle stesse strutture, meglio dimensionate al fabbisogno, la riduzione di prestazioni improprie, erogate per insufficienza di risposte di tipo territoriale.

L'introduzione, inoltre, dei nuovi parametri previsti dal Patto per la Salute del 3 dicembre 2009 *“individuazione del numero di posti letto per mille abitanti ed il passaggio di un numero maggiore di prestazioni dal ricovero ordinario a quello diurno e da questo a quello ambulatoriale”* hanno determinato la costruzione di una rete diversa da quella prospettata nel precedente Piano di Rientro 2007-2009.

Di seguito sono riportati i punti essenziali dell'obiettivo 1, la cui trattazione è rinviata all'allegato 1 al presente programma operativo, dal titolo **“La riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Molise”**.

In sintesi la rete ospedaliera sarà organizzata su 1.370 posti letto rispetto agli attuali 1.670 ed i presidi pubblici saranno ridotti da sei (6) a tre (3). La chiusura dei 300 posti letto avverrà entro il 31 dicembre 2010.

Il Fabbisogno della rete ospedaliera

La riorganizzazione della rete ospedaliera regionale deve avvenire secondo i nuovi parametri fissati dal Patto per la Salute che indicano una dotazione di posti letto pari a 3,3 posti letto per mille abitanti per acuti e 0,7 posti letto per mille abitanti per riabilitazione e lungodegenza post-acuzie. Tale riduzione è finalizzata a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario a quello diurno e da questo al regime ambulatoriale. Rispetto a tale standard è compatibile una variazione che non può superare il 5% in aumento in relazione a condizioni demografiche relative al peso della popolazione ultra settantacinquenne, che nella Regione Molise ammonta a oltre 39.000 unità, pari al 12,1% della popolazione. Inoltre, nei medesimi standard non è compresa la quota di posti letto dedicati in via prevalente o esclusiva ai pazienti provenienti da altre regioni, aspetto di grande rilievo per la Regione Molise, che presenta un indice di attrazione elevato e concentrato prevalentemente in due strutture private accreditate.

La riorganizzazione dell'intera rete ospedaliera deve avvenire per le Regioni con Piano di Rientro entro il termine del 31 dicembre 2010.

In realtà, il fabbisogno di posti letto deve essere basato su un'attenta analisi della domanda e dell'offerta ospedaliera e, a tal proposito, la Regione ha deciso di adottare la *“Metodologia di analisi di variabilità dei ricoveri ospedalieri”*, messa a punto nel 2006 nell'ambito dei lavori

della Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), partendo dall'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera. Coerentemente con tale metodologia, il criterio adottato per la classificazione dei ricoveri è quello degli Aggregati Clinici di Codici (ACC). Si è dunque considerato il contenuto clinico del ricovero e non l'assorbimento di risorse da parte dello stesso, a differenza di quanto sarebbe avvenuto se si fosse considerato il sistema DRG.

La metodologia sviluppata permette, oltre alla valutazione dell'inappropriatezza clinica, anche la determinazione del grado di inappropriatezza organizzativa e di efficienza dei ricoveri, consentendo la quantificazione di un numero ideale di posti letto al quale tendere in un congruo arco temporale.

La metodologia è stata messa a confronto con quella relativa all'analisi delle schede di dimissione ospedaliera (SDO 2009) ed in particolare di alcuni indicatori quantitativi e qualificativi che hanno permesso di formulare il piano di riorganizzazione della dotazione di posti letto. Ciò al fine di addivenire ad un quadro condiviso di parametri sui quali determinare il nuovo fabbisogno.

Il numero degli attuali posti letto attivi nella Regione Molise è pari, secondo le schede HSP 12 e 13, a 1.670 (compresi dei posti letto per pazienti di fuori regione e di 30 posti letto tecnici) e dovrà essere ricondotto a 1.370, con una riduzione complessiva di 300 posti letto.

La riduzione dei posti letto interesserà sia le strutture pubbliche che private accreditate nella stessa percentuale, circa il 20%.

Tale obiettivo può essere gradualmente raggiunto tenendo conto che il passaggio di numerose prestazioni, soprattutto chirurgiche, dal regime ordinario a quello diurno e da questo a quello ambulatoriale richiede, oltre alla predisposizione di un atto normativo specifico, anche un'intensa opera d'informazione ai cittadini e di formazione del personale sanitario, in una regione caratterizzata da valori molto bassi di attività "diurna" con riferimento soprattutto alla *day surgery*.

Nel primo anno di applicazione della riorganizzazione della rete ospedaliera, gli interventi di chirurgia ambulatoriale per le prestazioni comprese nell'Allegato A del Patto per la Salute, saranno effettuati solo all'interno delle strutture pubbliche e private accreditate che già

erogavano le prestazioni in regime di ricovero ordinario o diurno e con i medesimi requisiti di tali regimi assistenziali.

A tal proposito si sottolinea che, per evitare la perdita di informazioni relative alle prestazioni che vengono spostate dal regime ordinario al regime ambulatoriale, è necessario prevedere schede ambulatoriali che specifichino la natura ambulatoriale della prestazione erogata e quindi il cambiamento del regime di erogazione. A tale proposito appare fondamentale la partecipazione della Regione Molise al tavolo ministeriale con riferimento al Progetto SDAC.

La riorganizzazione della rete ospedaliera sarà accompagnata dalla creazione di reti regionali che, in una prima fase, sono così individuate:

1. rete regionale dell'emergenza – urgenza (già inserita nell'allegato sulla riorganizzazione della rete ospedaliera);
2. rete regionale per l'assistenza all'ictus;
3. rete regionale per le emergenze cardiologiche;
4. rete regionale per la riabilitazione;
5. rete regionale per l'oncologia.

Le reti in oggetto saranno propedeutiche all'eventuale istituzione di dipartimenti interospedalieri, ove ritenuti vantaggiosi per il miglioramento dei percorsi assistenziali.

Affinché il processo di riduzione dei posti letto conseguente alla riorganizzazione dei presidi ospedalieri possa risultare davvero efficace dal punto di vista del contenimento dei costi, si provvederà alla riconversione delle strutture ospedaliere, con particolare attenzione a quelle che **presentano un tasso di occupazione inferiore al 70% ed una concentrazione di dimessi di età superiore ai 60 anni di oltre il 52%. Nell'ambito dello stesso bacino di utenza l'offerta ospedaliera per le medesime discipline è garantita dagli ospedali di Isernia, Termoli e Campobasso.**

La riorganizzazione e la riconversione delle attività **delle strutture ospedaliere regionali dovrà avvenire contemporaneamente alla razionalizzazione delle attività negli ospedali di riferimento – Campobasso, Isernia e Termoli - presso i quali saranno convogliate le attività di più alta complessità.**

La proposta sinteticamente è articolata nei seguenti punti:

Studi di Medici di Medicina Generale aperti H12.

L'offerta H12 di tale servizio consentirà di trattare i codici bianchi e verdi che più frequentemente si rivolgono al pronto soccorso in modo appropriato. I pazienti potranno usufruire immediatamente dei servizi specialistici presenti nella struttura, effettuare rapidamente indagini diagnostiche ed analisi di routine ed ottenere dal Medico di Medicina Generale la terapia adeguata ed eventuali successivi appuntamenti specialistici. Si viene così ad interrompere il circolo vizioso tra richieste dei Medici di Medicina Generale per approfondimenti diagnostici ed appuntamenti negli ambulatori specialistici ospedalieri: il concetto è che i servizi ruotano intorno al paziente che non dovrà più spostarsi tra gli studi del Medico di Medicina Generale e gli ambulatori ospedalieri specialistici.

- **Ambulatori per visite specialistiche che preservino i servizi attualmente erogati dai presidi ospedalieri (cardiologia, ortopedia, oculistica, ginecologia,..), con la possibilità di individuare anche altre specialità.**

Gli ambulatori saranno utili sia per consentire visite rapide ai pazienti che si rivolgono ai Medici di Medicina Generale presenti nella struttura, sia per i pazienti altrimenti prenotati, e saranno attivati con personale medico delle strutture di riferimento per le discipline non presenti.

Lo svolgimento delle attività sopra elencate è assicurato da:

- Centro di prenotazione, collegato anche ai presidi limitrofi (CUP, InterCUP).
- Diagnostica per immagini, sulla base delle apparecchiature già presenti nelle strutture;
- Punto prelievo e servizio per la gestione delle urgenze.

Possono essere inoltre previsti:

- **Centro multidisciplinare di chirurgia ambulatoriale e *day surgery*(*one day surgery*) con posti letto e sale operatorie funzionante H12 per il trattamento dei casi chirurgici che non necessitano di ricovero ordinario. A livello internazionale il 50% dei casi chirurgici può essere trattato in regime di *day surgery* o chirurgia ambulatoriale; il Molise purtroppo si colloca tra le Regioni con il più basso tasso rispetto a quello nazionale che è del 36%. Il Patto per la Salute prevede il passaggio di ben 108 patologie (DRG) al regime ambulatoriale e di *day hospital/day surgery*.**

Le strutture da **riconvertire possono essere, inoltre, dotate di:**

- **Presidio dei Medici di Continuità Assistenziale per le ore notturne** con una osservazione breve intensiva (max 36 ore) per i casi da stabilizzare e trasferire presso struttura più complessa;
- **Presidio territoriale della rete 118 (ambulanza, auto medica)** per garantire il coordinamento con la rete delle emergenza-urgenza e il collegamento con ospedali a maggiore complessità;
- **Posti letto dedicati alla riabilitazione (art. 56) e lungodegenza post-acuzie (codice 60) o di RSA con collegamenti funzionali con le strutture limitrofe pubbliche e private e con il territorio;**
- **Hospice** ovvero struttura dedicata ai casi di pazienti con patologie in fase terminale che difficilmente possono essere assistiti a domicilio, ed altri eventuali servizi territoriali ove fosse evidente un costo-beneficio;
- E' prevista la figura di un medico coordinatore delle cure con il compito di favorire l'integrazione con i servizi territoriali ed in particolare con il settore sociale per l'erogazione ed il coordinamento di prestazioni socio-sanitarie.

Tali strutture saranno adeguatamente supportate da servizi amministrativi per l'accettazione dei pazienti e da un servizio di gestione dei sistemi informativi che realizzi il monitoraggio gestionale e l'integrazione con la rete informatica regionale (per i servizi CUP), nonché per il monitoraggio gestionale (ad esempio, sistemi informativi).

Individuazione dei criteri per l'istituzione, mantenimento e riconversione delle unità operative cliniche *

La riorganizzazione della rete ospedaliera influisce sulla distribuzione delle unità operative complesse e semplici, che dovrà avvenire secondo le indicazioni normative nazionali che prevedono una riduzione del numero delle stesse e individuano nel dipartimento il modello ordinario di gestione di tutte le attività delle aziende sanitarie.

Nella Regione Molise il numero di UOC è pari a 90, nel settore ospedaliero, e 33 nel settore territoriale e dovrà essere ridotto definendo puntualmente i criteri legati al numero di posti letto ed al volume di attività prodotta, al numero minimo di personale presente ed al rapporto tra costi sostenuti, efficienza ed efficacia dell'unità operativa.

Pertanto, per perseguire tale obiettivo di razionalizzazione, garantendo nel contempo i livelli di assistenza alla popolazione, risulta opportuno mettere in atto delle manovre di accorpamento delle unità operative.

A seguito degli interventi per il recupero dell'appropriatezza delle prestazioni di ricovero e dell'efficienza produttiva si prevede:

- la riduzione di unità operative duplicate nella medesima disciplina o attività, nell'ambito dei vincoli imposti dal layout;
- l'accorpamento di unità operative di specialità differenti, ma assimilabili per area (medica-chirurgica) o per intensità di cura (elevata, media assistenza, assistenza di base), per evitare la frammentazione delle unità operative con dotazioni di posti letto inferiori a soglie di efficienza ragionevoli, in relazione alla tipologia di attività svolta.

Dall'attuazione di tali accorpamenti è possibile ottenere una razionalizzazione del fabbisogno di personale, medico ed infermieristico mediante:

- riduzione del numero di unità operative complesse e di altre figure di coordinamento (es: caposala);
- riduzione della dotazione organica necessaria a garantire la guardia turistica e le guardie mediche festive e notturne;
- adozione di meccanismi di condivisione del personale per sopperire a carenze temporanee, con la riduzione della componente variabile del costo del personale.

Analogamente, si reputa necessaria la riduzione delle Unità Operative Complesse amministrative dell'ASReM, da ottenersi mediante manovra di accorpamento delle unità operative esistenti, effettuata sulla base di criteri e specifici requisiti che saranno individuati con provvedimento che si ritiene debba seguire la "Riorganizzazione dei servizi amministrativi dell'ASReM" di cui al successivo obiettivo 3.

* per le Unità Operative Complesse amministrative si rinvia all'obiettivo n.3

LINEE GUIDA PER INDIVIDUAZIONE UOC E UOS

Le linee guida regionali per la definizione dei parametri di individuazione delle Unità Operative Complesse, Unità Operative Semplici, nonché delle posizioni organizzative di

10 Maggio 2010

coordinamento sono attualmente in corso di elaborazione e saranno emanate con apposito decreto del Commissario *ad Acta* entro il 31 maggio 2010.

OBIETTIVO SPECIFICO / AZIONI	FATTORI PRODUTTIVI	IMPATTO ECONOMICO IPOTIZZATO	CRONOPROGRAMMA
La ristrutturazione della rete ospedaliera, ha impatti anche sulle valorizzazioni di obiettivi successivi (3: Personale, 4: Prodotti Farmaceutici, 8: Acquisti centralizzati), si riportano qui le valorizzazioni degli impatti residui	Lavanderia	385.426	30/06/2010
	Mensa	1.164.377	30/06/2010
	Altri beni	3.859.498	30/06/2010
	Altri servizi	8.820.794	30/06/2010
TOTALE OBIETTIVO 1		14.230.095	

Appendice all'obiettivo n. 1 - Attività riabilitativa: dall'ospedale al territorio

L'attività riabilitativa nella regione Molise è stata disciplinata da numerose D.R.G. fra cui vanno citate la D.G.R. n. 1487 del 14 dicembre 2007 recante *“Ricondurre la spesa riabilitativa (domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale) ad € 50,00 pro-capite, prossimo al valore medio nazionale”*; la D.G.R. n. 102 del 4 febbraio 2008 recante *“Linee guida per il miglioramento dell'appropriatezza e definizione di criteri e indicatori per le prestazioni di riabilitazione ospedaliera. Provvedimenti.”*; la D.R.G. n. 1356 del 15 dicembre 2008 con la quale è stato adottato il *“Piano Regionale per la riorganizzazione dell'attività di Riabilitazione. Prime Linee d'indirizzo”* e la D.R.G. n.284 del 20 marzo 2009 recante *“Piano di rientro 2007/2009. Ulteriori provvedimenti in ordine al riequilibrio economico finanziario ed alla domanda ed offerta sanitaria regionale”*.

Anche se ci sono stati cambiamenti positivi determinati dalle suddette delibere, persiste attualmente un sistema in cui è l'offerta ad incentivare la domanda di prestazioni ed in cui, per motivi che si sta cercando di approfondire, si osserva ancora una notevole mobilità passiva.

La rilevazione e l'analisi dei dati di attività delle numerose strutture presenti in Regione, effettuata recentemente, ha evidenziato alcune criticità.

Nel settore delle attività riabilitative extraospedaliere (**ex art. 26**), va rilevato che queste sono affidate quasi esclusivamente, come in altre regioni italiane, a strutture private.

La notevole difficoltà incontrata nel reperire i dati deriva sicuramente dalla pregressa carenza di programmazione, di pianificazione e di controlli nelle attività svolte dagli erogatori privati.

La ASREM acquista da questi ultimi le prestazioni da erogare, indicando nei contratti quante e quali prestazioni vanno fornite da ciascuna struttura, ma l'esame dei dati rivela un notevole scostamento di tutti gli erogatori dal volume di prestazioni fissato nel contratto, sia per numero che per tipologia delle prestazioni stesse, e l'esistenza di una notevole mobilità passiva.

Si rende pertanto necessario rivalutare correttamente i fabbisogni (processo già in corso) ed adottare nuovi accordi contrattuali con le strutture, per fornire risposte più appropriate all'utente ed evitare lo spreco di risorse e la fuga di pazienti verso altre regioni.

Il volume di prestazioni **ambulatoriali individuali** è rilevante nell'Area di Termoli (69,3%). Seguono l'Area di Campobasso (30,2%) e quella di Isernia (15,4%). Tale attività è inesistente nell'area 101 (Agnone).

L'attività **ambulatoriale di gruppo** è praticata in volumi rilevanti solo dalle Strutture presenti nell'Area di Termoli (99,6%).

L'**extramurale** e la **domiciliare** presentano percentuali significative nelle Aree 103 (Isernia) e 104 (Termoli), con la sola Struttura San.Stef.Ar.

Infine l'attività di **seminternato** è erogata soprattutto nelle Aree 103 (Isernia) e 104 (Termoli).

La degenza in **regime residenziale** viene offerta prevalentemente dalla struttura "CARSIC" presente nell'Area di Isernia, con 200 P.L. , contro i 73 P.L. della struttura Fisiomedica Loretana nell'Area di Campobasso.

L'Area di Termoli, nonostante la carenza assoluta di riabilitazione ospedaliera, non offre neppure regimi alternativi come l'**internato**, determinando così l'esodo dei pazienti verso il confinante Abruzzo...

Il regime dell'Internato è invece molto utilizzato nell'Area di Isernia, dove si registra anche un'attività in regime ospedaliero in eccesso rispetto alla richiesta.

Va segnalata un'alta percentuale di fuga dei pazienti verso le strutture abruzzesi (per la vicinanza geografica?), ma anche verso altre regioni, più marcata dalle Aree di Termoli e di Campobasso.

Dai dati raccolti risulta che l'unica Struttura molisana ex art.26 ad attrarre pazienti extraregionali è la Fisiomedica Loretana, nell' Area di Campobasso, con 3.187 giornate di degenza in mobilità attiva.

10 Maggio 2010

Codice Istituto	Nome Istituto	Amb. Individ.		Diff.	Amb. Gruppo		Diff.	Extramur.		Diff.	Domic.		Diff.	Semint.		Diff.
		Autorizz.	Rilev.		Autorizz.	Rilev.		Autorizz.	Rilev.		Autorizz.	Rilev.		Autorizz.	Rilev.	
000304	Potito	2.660	2.949	+ 289	699	0	- 699				383	345	- 38			
000918	Fisioter	6.403	5.196	- 1.207	349	188	- 161				2.200	7.797	+ 5.597			
140400	Riabilis	4.926	13.236	+ 8.310				0	121	+ 121	6.408	1.925	- 4.483	2.926	0	- 2.926
140604	San.Stef.Ar.	48.276	33.323	- 14.953	2.795	13	- 2.782		3.602	+ 3.602	19.128	30.713	+ 11.585			
140605	Padre Mileno		1.620	+ 1.620		334	+ 334					1.691	+ 1.691		4.777	+ 4.777
140607	Padre Pio	27.094	26.351	- 743	10.762	2.845	- 7.917				1.913	1.362	- 551			
140621	Logop. Urania	1.970	2.053	+ 83												
140622	I.M.R.										1.262	1.369	+ 107	2.251	2.255	+ 4
n.a.	L'Incontro	4.565	2.771	- 1.794							3.545	2.758	- 787	2.781	4.764	+ 1.983
130042	S.Francesco															
130056	Villa Giulia															
	Totali	95.894	87.499	- 8.395	14.605	3.380	- 11.225	0	3.723	+ 3.723	34.839	47.960	+ 13.121	7.958	11.796	+ 3.838

Tav. 10

Codice Istituto	Nome Istituto	Internato		Diff.	Fascia A		Diff.	Fascia B		Diff.
		Autorizz.	Rilev.		Autorizz.	Rilev.		Autorizz.	Rilev.	
140601	Carsic	33.817	38.504	+ 4.687						
140602	Fisiomedica Loreтана	19.971	18.421	- 1.550						
140622	Istituto Molisano di Riabilitazione	2.251	0	- 2.251						
130042	San Francesco D'Assisi									
130086	Villa Pini D'Abruzzo									
130056	Villa Giulia									
	Totale	56.039	56.925	+ 886	0	0	0	0	0	0

N.B. In tabella non si riportano gli scostamenti avvenuti nelle 3 strutture abruzzesi mancando, negli accordi contrattuali, l'indicazione del numero di prestazioni autorizzate dall'A.S.Re.M.

Misure di controllo e di contenimento dei costi

- accreditamento solo delle strutture in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa regionale e nazionale, monitoraggio accurato delle attività riabilitative svolte dalle singole strutture, controllo dei flussi relativi agli utenti ed alle prestazioni erogate;
- maggiore attenzione nella compilazione dei modelli RIA.11, da parte degli erogatori, ed altrettanta attenzione nei controlli, da parte degli organismi preposti;
- definizione di nuovi accordi contrattuali con le singole strutture, che tengano conto del numero e della tipologia delle prestazioni da erogare e del rispetto dei volumi di attività autorizzati dal contratto;
- attivazione, da parte della ASReM del Sistema “EMERODROMUS” (software diretto alla raccolta ed all’organizzazione dei dati provenienti dalle strutture ex art.26).

Proprio tale Sistema potrebbe fornire la chiave di volta per la riorganizzazione di questo importante settore della Riabilitazione. Attivando l’immissione dei dati in questo Datawarehouse, si renderanno possibili il monitoraggio dei dati delle strutture e la misurazione dei flussi delle prestazioni erogate, suddivise per tipologia. In tal modo sarà possibile calcolare meglio il fabbisogno e ottenere una razionalizzazione della spesa.

Lo stato di avanzamento di tutti i processi elencati va verificato entro il 30 aprile 2010.

Il “Piano Regionale per la riorganizzazione dell’attività di riabilitazione. Prime linee di indirizzo”, **DGR n. 1356 del 15/12/2008**, ritiene indispensabile intervenire opportunamente ai fini della riorganizzazione del sistema riabilitativo, nel senso di un miglior utilizzo delle risorse disponibili, attraverso la revisione dell’asse ospedale-territorio-domicilio, finora troppo sbilanciato a favore dell’ospedalizzazione, favorendo una maggiore integrazione tra sanitario e sociale.

L’istituzione del **disease management**, ossia la individuazione di percorsi ben definiti per la gestione e cura dei pazienti disabili, spostando al massimo l’assistenza verso il territorio, con la creazione e/o un miglior utilizzo di strutture riabilitative territoriali (ex art. 26), l’attuazione dell’assistenza domiciliare integrata, secondo quanto previsto dalla **DGR n.556 del 30/05/2007**, “Piano Regionale e Linee Guida del Sistema delle Cure Domiciliari”(e successivi provvedimenti attuativi), nonché la realizzazione di RSA per disabili, come già previsto dalla **DGR 1359 del 15/12/2009**, “Adozione piano stralcio del Piano Sanitario Regionale per la realizzazione di RSA per anziani ed RSA per disabili”e succ.

10 Maggio 2010

La realizzazione di una **rete integrata delle strutture di riabilitazione**, sul modello “hub and spoke”, che preveda la concentrazione della casistica più complessa in un limitato numero di centri (hub), con volumi di attività tali da garantire una elevata qualità dell’assistenza; la rimanente casistica andrà trattata in centri periferici con diversa tipologia di attività, ma tutti strettamente collegati ed integrati con i centri hub. Un siffatto tipo di organizzazione avrà una ricaduta positiva anche sull’appropriatezza delle prestazioni e quindi sull’afferenza dei pazienti nelle strutture sanitarie commisurate al peso ed alla complessità delle patologie da trattare. Ciò dovrà portare, entro breve tempo, all’abbattimento del numero di prestazioni inappropriate erogate dalle strutture regionali di riabilitazione.

E’ ipotizzabile un ulteriore calo dei costi, come già osservato dopo l’adozione delle prime misure di contenimento (vedi tabelle seguenti), nell’arco dell’anno corrente, quantificabile in circa 357.000 euro.

Tale risparmio si ritiene congruo, dal momento che una riduzione drastica e poco razionale dei servizi e delle strutture potrebbe alla fine tradursi in un aumento, invece che in una riduzione, della mobilità passiva.

Tutte le misure di contenimento individuate andranno applicate con decreti attuativi.

Si resta in attesa delle Linee Guida Nazionali sulla Riabilitazione, in corso di definizione, per la stesura definitiva del nuovo Piano Regionale.

ACQUISTI SERVIZI SANITARI PER ASSISTENZA RIABILITATIVA

Andamento costi anni 2007 - 2008 - 2009		
Fonte rilevazione Modello Economico CE Consuntivo		
Anno 2007	€ 23.961.000	Modello CE Consuntivo
Anno 2008	€ 17.628.000	Modello CE Consuntivo
Anno 2009	€ 15.357.000	Modello CE Consuntivo

AZIONI DA ADOTTARE

Azioni	Impatto economico	Cronoprogramma	Modalità operativa
Accreditamento solo delle strutture in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa regionale e nazionale, monitoraggio accurato delle attività riabilitative svolte dalle singole strutture, controllo dei flussi relativi agli utenti ed alle prestazioni erogate	€ 357.000 pari al 2% del costo rilevato nel modello economico CE - IV trimestre 2009	Entro il 30 giugno 2010	Decreto attuativo
Maggiore attenzione nella compilazione dei modelli RIA 11, da parte degli erogatori, ed altrettanta maggiore attenzione nei controlli, da parte degli organismi preposti		Entro il 30 maggio 2010	
Definizione di nuovi accordi contrattuali con le singole strutture, che tengano conto del numero e della tipologia delle prestazioni da erogare e del rispetto dei volumi di attività autorizzati dal contratto		Entro il 30 maggio 2010	
Attivazione, da parte della ASREM del Sistema "EMERODROMOS" (software diretto alla raccolta ed alla organizzazione dei dati provenienti dalle strutture ex art. 26). Proprio tale Sistema potrebbe fornire la chiave di volta per la riorganizzazione di questo importante settore della Riabilitazione. Attivando l'immissione dei dati in questo Datawarehouse, si renderanno possibili il monitoraggio dei dati delle strutture e la misurazione dei flussi delle prestazioni erogate, suddivise per tipologia. In tal modo sarà possibile calcolare meglio il fabbisogno e ottenere una razionalizzazione della spesa		Entro il 30 maggio 2010	

10 Maggio 2010

Obiettivo 2: riorganizzazione della rete delle strutture residenziali, semiresidenziali e dell'Assistenza domiciliare (PIANO DI RIENTRO 2007 - 2009 OBIETTIVO SPECIFICO n. 8)

Premessa

La riorganizzazione della rete ospedaliera deve avvenire di pari passo al potenziamento del territorio che, purtroppo, nella Regione Molise, è caratterizzato dalla presenza di servizi insufficienti a garantire un intervento efficace ed efficiente sui pazienti, soprattutto quelli più anziani.

Infatti, su di una popolazione di 320.795, secondo i dati ISTAT riferiti all'anno 2009, il 22% è rappresentato da soggetti di età superiore ai 65 anni (70.130) ed il 12% da soggetti di età superiore ai 75 anni (37.202).

Questa situazione rende indispensabile e non più differibile la definizione del bisogno assistenziale, qualificando e rafforzando il sistema dell'offerta attraverso una programmazione dei servizi che garantisca i livelli di assistenza sanitaria e tutela sociale, favorendo la permanenza degli anziani presso il proprio domicilio o presso strutture residenziali e semiresidenziali in grado di garantirne la presa in carico, ed evitando così ricoveri ospedalieri impropri.

Per le ragioni sopra esposte, spesso l'ospedale rappresenta l'unico accesso alle cure con un conseguente tasso di ospedalizzazione elevato e con alti costi per i ricoveri ripetuti.

I dati ricavati da fonti internazionali e relativi ai paesi OCSE indicano, nel caso delle strutture residenziali e semiresidenziali, un numero di posti letto pari mediamente 30-40 per mille anziani *over65*, mentre per l'assistenza domiciliare, nei paesi più avanzati, i valori si aggirano, intorno al 10% degli assistiti *over 65*.

Il documento prodotto dalla Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, ha indicato in oltre 490.000 i posti letto residenziali e semiresidenziali necessari al nostro Paese, fissando valori per le singole regioni. Nel caso del Molise, tale valore è pari a 3.900 posti letto.

Evidentemente si tratta di un valore molto alto che deve confrontarsi con le indicazione del citato Patto per la Salute che, all'art. 9, specifica quanto segue: *“Al fine di promuovere una più adeguata distribuzione delle prestazioni assistenziali domiciliari e residenziali rivolte ai pazienti anziani non autosufficienti, si conviene che, al fine di agevolare i processi di deospedalizzazione, nelle singole regioni e province autonome la dotazione di posti letto di residenzialità e delle strutture di*

10 Maggio 2010

semiresidenzialità e l'organizzazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti anziani e gli altri soggetti non autosufficienti sono oggetto di uno specifico atto di programmazione integrata, in coerenza con le linee prestazionali previste nel vigente DPCM di fissazione dei LEA”.

In attesa del predetto atto programmatico, di seguito si descrive la situazione dell'offerta territoriale con riferimento alle Residenze Sanitarie Assistenziali ed all'assistenza domiciliare, soprattutto quella integrata.

La situazione delle RSA

Il Piano Stralcio RSA, approvato con la Deliberazione del Consiglio Regionale della Regione Molise n. 174 del 14.7.2009, ha stabilito un numero di posti letto pari a 480, di cui solo 20 sono al momento attivi presso la struttura “San Nicola” di Castel del Giudice (IS), con un costo annuo di € 423.400.

Per attivare i restanti 460 pl si deve procedere rapidamente con le seguenti azioni come da **allegato 1** al presente obiettivo:

- autorizzare almeno 100 pl, riconvertendo parzialmente due delle quattro strutture socio-sanitarie che operano in regime di convenzione con la Regione, con un aumento di spesa a carico del SSR quantificabile in € 1.204.500 (infatti il costo giornaliero per posto letto di RSA è di € 58,00 a carico del FSR);
- ultimare i lavori delle sei RSA, finanziate con risorse pubbliche, previste nella predetta delibera di Consiglio Regionale, per un totale di 193 pl e con un costo a carico del Fondo Sanitario Regionale pari ad € 4.085.810.

Si arriverebbe così ad un numero di 313 posti letto (100 pl + 193 pl + 20 pl già attivati) con un costo totale di € 5.713.710, di cui **€5.290.310** aggiuntivi rispetto a € 423.400 della struttura già operante.

Per ottenere il valore di 480 posti letto bisogna aggiungere 167 posti letto parte dei quali (120) che potrebbero essere individuati all'interno delle strutture ospedaliere di Venafro, Larino e Agnone.

L'attuale situazione economico-finanziaria della Regione Molise, però, non consente per l'anno in corso di aumentare i costi a carico del Fondo Sanitario Regionale, per cui si propone quanto segue:

- istituire 120 posti letto di RSA all'interno delle tre strutture ospedaliere di: Venafro, Larino ed Agnone. Tale intervento consentirebbe, da una parte, di utilizzare il personale sanitario afferente alla struttura, dall'altra, di operare un risparmio, essendo la tariffa prevista per un posto in RSA pari a € 58,00. Da considerare, inoltre, che in questo caso, presso le strutture citate,

10 Maggio 2010

convergerebbe la quota derivante dalla retta alberghiera che è a carico degli assistiti o dei Comuni e che potrà rappresentare un ricavo per la Regione Molise. Il funzionamento delle RSA, all'interno degli ospedali, avverrà secondo i requisiti previsti dal manuale per l'accreditamento delle strutture socio-sanitarie, approvato con DGR n. 738 del 13 luglio 2009.

In totale, sarebbero quindi disponibili 140 posti letto di RSA (120 pl da attivare + 20 pl attivati).

La costituzione di 120 posti letto di RSA all'interno degli ospedali Agnone, Venafro e Termoli consentirebbe entrate proprie per un valore di circa 800.000 euro da imputare alla quota prevista a carico dell'assistito o del comune in caso di impossibilità del paziente.

L'assistenza domiciliare

L'assistenza domiciliare nella Regione Molise è articolata su tre livelli e solo quella a più elevata complessità è assimilabile all'ADI propriamente detta. La maggior parte dei pazienti assistiti (circa 6000) in realtà, usufruisce di forme di assistenza domiciliare caratterizzate da alcune prestazioni di tipo medico ed infermieristico, limitate nel tempo, e, con pochi accessi settimanali da parte del personale: si tratta dunque di interventi occasionali. Le cure domiciliari integrate ad elevata intensità sono costituite, invece, da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, da assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici in favore di persone con patologie che, presentando un elevato livello di complessità, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati su 7 giorni. **Allo stato attuale, 1.530 persone sono assistite in tale regime assistenziale, prevalentemente nei distretti di Campobasso, Venafro ed Isernia. E' un valore basso rispetto al numero di non autosufficienti presenti nella regione, pari a 4.315 persone.**

Le cure domiciliari di elevata intensità richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico della persona e la definizione del Piano di assistenza individuale (PAI).

La Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza ha predisposto un documento a tale riguardo, proponendo l'articolazione dell'assistenza domiciliare in fasce, con un costo mensile variabile a seconda dell'intensità dell'assistenza erogata e con un valore massimo di € 2.386,00 mensili (pazienti in fase terminale). Le tariffe per l'assistenza di media intensità sono orientate intorno a € 631,00 mensili e quelle per l'assistenza di minore intensità intorno a € 172,00 mensili.

10 Maggio 2010

Il potenziamento dell'ADI è il vero grande problema che si pone per la Regione Molise, che deve tenere conto sia della conformazione orografica del territorio, sia della polverizzazione demografica su 136 Comuni, per lo più di piccolissime dimensioni e con alta percentuale di popolazione anziana.

Inoltre, per una eccellente rete di assistenza domiciliare integrata sul territorio occorrerebbe implementare un sistema di cure accreditato con personale strutturato, mezzi di trasporto e strumenti idonei e che preveda servizi riabilitativi, geriatrici, di medicina generale ed infermieristici, il cui costo ammonterebbe, ad esclusione della farmaceutica e della protesica, a circa € 11 milioni se si applicassero le tariffe intermedie, di cui alla Commissione Nazionale, per i pazienti non autosufficienti della Regione.

Allegato 2 al presente obiettivo.

Nel corso dell'anno corrente, anche in relazione a quanto sarà definito in sede di Conferenza Stato Regioni, sarà possibile definire un quadro completo della situazione. Nel frattempo, le esperienze positive di alcuni distretti (Venafro, Isernia, Campobasso) saranno diffuse a livello regionale con le risorse umane e strumentali che si renderanno disponibili a seguito della riconversione della rete ospedaliera, cogliendo l'opportunità che tali esperienze si siano sviluppate proprio intorno agli ospedali che saranno oggetto di riconversione.

L'obiettivo è quello di garantire, nel corso dell'anno 2010, servizi di assistenza domiciliare ad alta intensità ad almeno altre 1.000 persone.

Allegato 1 all'obiettivo 2 (Riorganizzazione della rete delle strutture residenziali)

RSA

	TIPOLOGIA	STRUTTURE	SEDE	POSTI LETTO		QUOTA PRO CAPITE PRODIE A CARICO DEL SSR (Euro)	QUOTA ANNUALE A CARICO DEL SSR (Euro)	QUOTA MEDIA ALBERGHIERA MENSILE
								PRO CAPITE A CARICO DELL'ASSISTITO O DEL COMUNE (EURO)
RESIDENZIALITÀ								
A	RSA (IN FUNZIONE)	San Nicola	Castel del Giudice (IS)	20		58,00	423.400	1.125,00
B	STRUTTURE SOCIO ASSISTENZIALI (DA RICONVERTIRE)	Fondazione Opera Serena - Termoli	Termoli (CB)	50	100	58,00	1.204.500	800,00
		Serena senectus - Sessano del Molise	Sessano del M. (IS)	50				
C	RSA (IN FASE DI REALIZZAZIONE)	Palata Ripabottoni San Giuliano di Puglia "Colitti" Don Carlo Pistilli Colletorto	Palata Ripabottoni San Giuliano di P. Campobasso Campobasso Colletorto	20 26 10 20 57 60	193	58,00	4.085.810	
TOTALE		A + B + C		313			5.713.710	

Allegato 1 all'obiettivo 2 (Riorganizzazione della rete delle strutture residenziali)

PROPOSTA

TIPOLOGIA	STRUTTURE	SEDE	POSTI LETTO	QUOTA A CARICO DEL SSR	QUOTA ANNUALE A CARICO DEL SSR	QUOTA ALBERGHIERA A CARICO DELL'OSPITE / COMUNE
STRUTTURE OSPEDALIERE DA RICONVERTIRE	"SS. ROSARIO"	Venafro	40	0		
	F. CARACCIOLO	Agnone	40			
	G. VIETRI	Larino	40			
TOTALE			120	0		

Allegato 2 all'obiettivo 2

REGIONE MOLISE - A.S.Re.M		ASSISTENZA DOMICILIARE DISTRETTI SANITARI di BASE						
NR. UTENTI IN CARICO NR. PRESTAZIONI RIABILITATIVE NR. PRESTAZIONI INFIERMISTICHE ACCESSI MMG E SPECIALISTI	DISTRETTI SANITARI DI BASE	ADP Assistenza Domiciliare Programmata a media- alta intensità assistenziale	ADI Assistenza Domiciliare Integrata	ADO-ODO Assistenza Domiciliare Oncologica Ospedalizzazione Domiciliare Oncologica	ISTANTI PER RICONOSCIMENTO BENEFICI NON AUTOSUFFICIENZA	NUMERO PRESUNTO ASSISTITI INSERIBILI IN ADI	SPEA PRESUNTA ANNUA VALORIZZAZIONE COSTO ADI MOLISE	SPEA PRESUNTA ANNUA CON VALORIZZAZIONE MINISTERO
NUMERO UTENTI PRESI IN CARICO E RILEVATI IN BASE ISTANZE NON AUTOSUFFICIENZA	DSB VENAFRO	300	235	83	515	500	725.000	3.786.000
	DSB ISERNIA	420	392		784	700	2.030.000	5.300.400
	DSB AGNONE	DATO NON PERVENUTO	93	0	177	170	493.000	1.287.240
	DSB BOIANO- RICCIA	DATO NON PERVENUTO	186	0	715	700	2.030.000	5.300.400
	DSB CAMPOBASSO	211	537	0	837	800	2.320.000	6.057.600
	DSB TERMOLI	DATO NON PERVENUTO		100	958	900	2.610.000	6.814.800
	DSB LARINO	200	87		329	300	870.000	2.271.600
	TOTALE	1131	1530	183	4315	4070	11.078.000	30.818.040

10 Maggio 2010

OBIETTIVO SPECIFICO / AZIONI	FATTORI PRODUTTIVI	IMPATTO ECONOMICO IPOTIZZATO	CRONOPROGRAMMA
Attivazione 120 posti letto RSA presso P.O. di Agnone, Larino e Venafrò	Contributi per compartecipazione quota sociale	810.000	30/06/2010
TOTALE OBIETTIVO 2		810.000	

Obiettivo 3: Interventi sul personale (PIANO DI RIENTRO 2007 - 2009 OBIETTIVO SPECIFICO n. 3)

In attuazione della delibera del Consiglio dei Ministri in data 28 luglio 2009 - con la quale è stato ribadito l'obbligo di provvedere alla realizzazione degli interventi previsti nel Piano di Rientro, fra i quali quello concernente la razionalizzazione ed il contenimento della spesa per il personale - ed in coerenza con quanto disposto dall'articolo 12 dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo Patto per la Salute e dall'articolo 2, comma 72, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (legge finanziaria 2010), si prevede, per il 2010, il blocco del turn-over (comprensivo di tutte le forme di lavoro, ivi inclusa quella interinale) e delle assunzioni di personale a tempo indeterminato.

In particolare, le spese del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'imposta regionale sulle attività produttive, non dovranno superare per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012 il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4% - pari, quindi, a circa € 201.000.0000,00. A tal fine si considerano anche le spese per il personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, o che presta servizio con altre forme di lavoro flessibile o con convenzioni. Le spese per il personale sono considerate al netto delle spese derivanti dai rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro intervenuti successivamente all'anno 2004. Sono comunque fatte salve, e devono essere escluse sia per l'anno 2004 sia per l'anno 2010, le spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari o privati, nonché le spese relative alle assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'articolo 12-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

Saranno consentite deroghe al blocco del turn-over nella misura pari al 10% del personale che cesserà dal servizio nel corso del medesimo anno, nei limiti, comunque, del tetto di spesa innanzi specificato ed in caso di riscontro dell'avvenuto rispetto del raggiungimento degli obiettivi intermedi di Piano, così come previsto dall'art.13, comma 6, dell'Intesa concernente il nuovo Patto per la Salute per il triennio 2010-2012. Le suddette deroghe saranno concesse in presenza di particolari condizioni e per specifiche finalità. E' stabilita, inoltre, per l'anno 2010, una ulteriore riduzione, pari al 10%, dei tetti di spesa per il ricorso all'acquisto delle prestazioni aggiuntive di cui all'art. 55, comma 2, del C.C.N.L. Area della Dirigenza Medica e Veterinaria dell'8 giugno 2000, stabiliti per l'ASREM con deliberazione di Giunta Regionale n.553 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%).

Si prevede, come misura aggiuntiva, la possibilità di esercitare la facoltà, prevista dall'art. 72, comma 11, del D.L. 25.06.2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, e successive modifiche ed integrazioni, di risolvere unilateralmente il rapporto di lavoro del personale dipendente e il contratto individuale anche del personale dirigenziale (esclusi i dirigenti medici responsabili di struttura complessa), a decorrere dal compimento dell'anzianità massima contributiva di quaranta anni del personale stesso.

Provvedimenti in materia di personale

La Regione, fermi restando i vincoli per il contenimento della spesa di cui all'art. 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, prorogati per il periodo 2010-2012 dall'art. 2, comma 71, della legge finanziaria 2010, provvederà al contenimento della spesa di personale del Servizio Sanitario Nazionale anche attraverso:

1. la definizione di misure di riduzione stabile della consistenza organica del personale in servizio con conseguente ridimensionamento dei fondi della contrattazione integrativa di cui ai contratti collettivi nazionali del predetto personale:
 - a. obbligo di approvare la nuova dotazione organica a seguito delle riorganizzazione della rete ospedaliera e delle rimodulazione delle Unità Operative Complesse e Semplici, entro il 31 dicembre 2010. La nuova dotazione organica, comunque, dovrà tenere conto di una percentuale in aumento, pur minima, di operatori necessari ad evitare disomogeneità nell'offerta sanitaria su di un territorio complesso ed a bassa densità abitativa, entro comunque gli standards di cui al DM 13 settembre 1988 “determinazione degli standards del personale ospedaliero”.
 - b. obbligo di rideterminare i fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa di cui ai contratti collettivi nazionali del personale, entro il 31 dicembre 2010;
2. la verifica delle situazioni di esercizio di fatto di mansioni non corrispondenti alle qualifiche di appartenenza e restituzione, sussistendone le condizioni, dei dipendenti interessati allo svolgimento dei compiti propri del profilo professionale per i quali sono stati assunti;
3. la verifica, da parte di una Commissione regionale, delle cause sottostanti il rilascio del minor aggravio lavorativo ed in caso di conferma, avvio del personale ad attività compatibili;
4. l'attivazione di procedure di mobilità e ricollocazione del personale all'interno dell'ASREM, a seguito della riduzione dei posti letto nelle strutture sanitarie, da

effettuarsi in linea con la tempistica indicata in sede di riorganizzazione della rete ospedaliera, e della riorganizzazione della struttura amministrativa, distrettuale e dipartimentale dell'ASReM;

5. l'obbligo di riduzione degli incarichi di unità operative complesse, semplici, di coordinamento e di posizioni organizzative, a seguito delle linee guida di individuazione dei parametri standard per la determinazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento rispettivamente delle aree della dirigenza e del personale del comparto del SSN, nel rispetto comunque delle disponibilità dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa, così come rideterminati ai sensi di quanto previsto dal precedente punto 1;
6. il miglioramento dell'articolazione dell'orario di lavoro del personale, soprattutto medico, distribuito nell'arco delle 24 ore e la verifica della necessità di istituzione dei turni di guardia evitando il ricorso alle reperibilità, previa analisi dell'organizzazione del lavoro e verifiche in ordine alla articolazione dell'orario stesso. L'Azienda Sanitaria dovrà provvedere, ai sensi della vigente disciplina normativa e contrattuale, alla definizione dell'orario di lavoro del personale sanitario secondo un'articolazione che, tenuto conto degli incarichi affidati e degli obiettivi di budget negoziati a livello aziendale con i dirigenti, sia tesa a garantire il mantenimento dei livelli di efficienza delle strutture cui il personale è assegnato nonché l'erogazione delle prestazioni assistenziali in conformità ai L.E.A.
7. ulteriori interventi riduttivi dei rapporti di consulenza: consulenze e collaborazioni varie da ridurre in misura non inferiore al 50% rispetto alla spesa sostenuta nel 2009; non rinnovabilità degli incarichi in scadenza.

OBIETTIVO SPECIFICO / AZIONI	FATTORI PRODUTTIVI	IMPATTO ECONOMICO IPOTIZZATO	CRONOPROGRAMMA
Blocco turn-over: verifica applicazione delle misure di cui al Decreto Commissariale n. 4 del 1° febbraio 2010		2.850.000	Decreto Commissariale adottato in data 1° febbraio 2010
Riduzione prestazioni aggiuntive: monitoraggio trimestrale	Costo del personale di ruolo	377.000	30/06/2010
Riduzione UU.OO., posizioni organizzative e coordinamenti: monitoraggio l° impatto economico		1.586.000	30/06/2010
Riduzione personale a tempo determinato: monitoraggio trimestrale		231.000	30/06/2010
Ricalcolo imposte	Imposte	1.831.620	
Applicazione DGR n. 597/2009 e del Decreto Commissariale n. 4 del 1° febbraio 2010	Consulenze, collaborazioni, interinali e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	5.610.460	30/04/2010
Applicazione DGR n. 597/2009 e decreto commissariale n. 4 del 1° febbraio 2010	Consulenze, collaborazioni, interinali e altre prestazioni di lavoro non sanitarie	2.140.439	30/04/2010
TOTALE OBIETTIVO 3		14.626.519	

Obiettivo 4: 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: razionalizzazione/riduzione della spesa farmaceutica.

Nell'ambito della strategia generale di razionalizzazione della spesa farmaceutica a livello regionale, si è provveduto alla individuazione di interventi tali da garantire risultati di riordino del sistema farmaceutico ospedaliero.

Detti interventi, nello specifico, vanno a sostanziare la manovra di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera, approvata con decreto del Commissario *ad Acta* n. 5 del 10 febbraio 2010, recante il "Piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera – anno 2008", che prevede l'adozione di specifici decreti attuativi correlati a ciascuna azione individuata in detta manovra.

Questi interventi, inoltre, sono attuativi del punto 7 della deliberazione del C.d.M. 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".

Si rileva che la spesa farmaceutica "ospedaliera", riconducibile alla somma delle voci contabili B01010 (Prodotti farmaceutici ed emoderivati) e B01015 (Ossigeno) del modello CE, comprende :

i farmaci erogati in regime di ricovero ordinario, day hospital, day surgery, prestazioni ambulatoriali e ODO (ospedalizzazione domiciliare oncologica);

i farmaci di classe H erogati in forma diretta dai presidi ospedalieri;

In sintesi, il meccanismo su cui è fondata la manovra di contenimento consta di azioni volte, nell'immediato, a recuperare parzialmente il debito accumulato nell'anno 2008, ma che dispiegheranno i propri effetti anche per i prossimi anni.

Nella considerazione, inoltre, che l'innovazione farmaceutica è comunque un valore imprescindibile per il paziente, si è ritenuto necessario assumere iniziative dirette al perseguimento delle migliori condizioni di efficienza di utilizzo di tutti i medicinali e, principalmente, dei farmaci innovativi a costo più elevato.

Tanto premesso, la manovra mira pertanto al rispetto della garanzia dei LEA, dei criteri di appropriatezza d'uso dei farmaci e di corretta gestione delle risorse disponibili.

Si riportano, nello schema che segue, le azioni costituenti la manovra di contenimento in argomento:

Obiettivo Operativo	Azione
4 4.1 Revisione del PTOR e monitoraggio farmaci (DM Salute 4 febbraio 2009).	I revisione del PTOR. Prescrizione dei farmaci, inclusi e non nel PTOR, di cui all'elenco redatto dalla Commissione Terapeutica Regionale (CTR), in maniera nominativa sul ricettario SSN, e redazione del Programma Terapeutico Ospedaliero, da accludere alla cartella clinica. Entro il 15 maggio 2010
4.2 Informatizzazione centralizzata regionale dei Piani Terapeutici dei farmaci biologici	Utilizzo della "Scheda Informatizzata", nell'ambito del "Processo di rilascio informatizzato del Piano Terapeutico", da parte dei Responsabili dei Centri prescrittori dei farmaci biologici sottoposti a Piano Terapeutico, ai fini della implementazione dell'appropriatezza d'uso. Entro il 15 giugno 2010
4.3. Centri "Antares"	Individuazione dei centri regionali idonei alla prescrizione dei farmaci biologici per l'Artrite Reumatoide, la Spondilite Anchilosante, l'Artrite Psoriasica e l'Artrite Idiopatica Giovanile. Adozione delle "Linee guida per l'uso dei farmaci biologici in Reumatologia" Attivazione del Registro Regionale "ARPASPA" Entro il 15 giugno 2010
4.4. Registro farmaci oncologici sottoposti a monitoraggio (RFOM)	Messa a regime della procedura di registrazione obbligatoria delle schede per i farmaci oncologici sottoposti a monitoraggio intensivo AIFA. Responsabilizzazione rispetto alle procedure Entro il 30 maggio 2010
4.5. Centralizzazione della preparazione e/o della somministrazione dei farmaci chemioterapici	Formalizzazione iniziativa organizzativa ASReM , riguardante la creazione di un unico centro deputato alla preparazione in ambito aziendale ovvero convenzionamento con struttura privata accreditata dotata di laboratorio centralizzato che effettua tale attività.
4.6. Antibiotico-terapia in profilassi e cura per il rispetto dell'appropriatezza	Adozione delle "Linee guida per l'antibiotico-terapia intraospedaliera" Entro il 15 giugno 2010

		Monitoraggio delle prescrizioni dei farmaci di cui al presente obiettivo, mediante la “scheda di monitoraggio prescrittivo”. Entro il 30 luglio 2010
	4.7. Farmaci biosimilari	Adozione delle “Linee guida per l’uso dei farmaci biosimilari”. Entro il 15 giugno 2010 Monitoraggio dei farmaci biosimilari Entro il 30 luglio 2010
	4.8. Gestione informatizzata centralizzata delle Farmacie Ospedaliere	Misure organizzative adottate dalla ASReM ai fini della gestione unica centralizzata, con procedura informatizzata, dei depositi delle Farmacie Ospedaliere e messa in rete degli stessi. Entro il 30 giugno 2010
	4.9 Riorganizzazione rete ospedaliera. Nuova dotazione posti letto	Entro il 31 dicembre 2010

4.1. Revisione del PTOR e monitoraggio farmaci (DM Salute 4 febbraio 2009).

La presente azione mira ad un più efficace/efficiente utilizzo dei farmaci ospedalieri, attraverso un Prontuario aggiornato anche sotto il profilo amministrativo/gestionale, nonché a creare le condizioni di trasparenza e di confrontabilità dei dati dirette a garantire efficienza ed efficacia oltre che eccellenza nella cura dei pazienti.

Stima impatto economico

Il meccanismo d’azione della misura è quello dello spostamento verso alternative terapeutiche e l’eliminazione di quanto prescritto in passato in difformità alle norme sulla prescrivibilità, oltre che un miglioramento generalizzato dell’appropriatezza prescrittiva.

La stima di impatto sui farmaci del PTOR – I revisione – di cui alla lista speciale oscilla tra il 15% ed il 20%, in funzione del rigore e tempestività nell’attuazione della misura nel periodo utile residuo 2010.

Fonte di verifica : Decreto Commissario *ad Acta*, di approvazione della I revisione del PTOR entro il **15 maggio 2010**.

4.2. Informatizzazione centralizzata regionale dei Piani Terapeutici dei farmaci biologici

L’obiettivo specifico della presente azione è duplice:

- implementazione dell'appropriatezza d'uso dei farmaci biologici ad uso ospedaliero e sottoposti a Piano Terapeutico, oggetto del Progetto della regione Molise di "Farmacovigilanza attiva"
- razionalizzazione delle terapie e conseguente contenimento della relativa spesa farmaceutica.

Motivo di sospensione

ipotetico risparmio

Revisione critica dei piani terapeutici dei pazienti in trattamento	10%
Sospensioni per effetti collaterali rilevati dall'esperto	5%
Totale sospensioni previste	15%

Fonte di verifica : Decreto Commissario *ad Acta* ricognitivo dell'attività di informazione/formazione svolta dalla Regione sulle modalità di esecuzione della specifica azione da parte dei Responsabili dei Centri prescrittori, entro il 15 giugno 2010.

4.3. Centri "Antares"

Con Decreto del Ministero della Sanità 24 maggio 2001, pubblicato nella G.U. n. 127 del 04.06.01, è stato approvato il protocollo di monitoraggio per il trattamento dei pazienti affetti da artrite reumatoide con farmaci "biologici" anti TNF α , denominato "Studio Osservazionale ANTARES".

La regione Molise, in data 6 febbraio 2002, provv. Assessore Sanità pro-tempore prot. n. 2247 recante all'oggetto all'oggetto "Trattamento con farmaci biologici, dei pazienti affetti da artrite reumatoide, anti TNF α : Centri individuati ed attivati sul territorio regionale", ha individuato, in accordo con le ex AA.SS.LL., i centri idonei alla diagnosi ed al trattamento dell'artrite reumatoide con i farmaci biologici "anti TNF α ".

La presente azione mira alla revisione dei Centri Antares, alla individuazione di idonee strutture ai fini del riconoscimento in fase precoce della malattia e dell'appropriatezza d'uso dei farmaci biologici nonché all'adozione delle "**Linee guida per l'uso dei farmaci biologici in Reumatologia**" e all'**attivazione del Registro Regionale "ARPASPA"** dei pazienti affetti e di quelli in terapia con biologici nelle seguenti patologie: Artrite Reumatoide - Artrite Psoriasica - Spondilite Anchilosante.

Motivo di sospensione

ipotetico risparmio

Revisione critica dei piani terapeutici dei pazienti in trattamento	5%
Sospensioni per effetti collaterali rilevati dall'esperto	5%
Sospensioni per inefficacia	5%
Riconoscimento delle patologia in fase precoce e impiego delle terapie di	

prima linea	10%
Scarsa compliance del paziente	5%
Totale sospensioni previste	30%

Revisione critica degli attuali centri prescrittori.	10%
Identificazione di una figura professionale con specializzazione in reumatologia, con comprovata esperienza nella terapia dei biologici, con funzioni di coordinamento dell'attività a livello aziendale, ai fini dell'appropriatezza prescrittiva e razionalizzazione dei consumi.	10%

Totale	20%
--------	-----

Risparmio totale previsto	30% + 20%	50%
Spesa (a prezzo AS.Re.M) attesa € 691.972,29	Spesa (a prezzo SSN) attesa € 1.280.581,32	

Fonte di verifica : Decreto Commissario *ad Acta* di individuazione dei centri regionali idonei alla prescrizione dei farmaci biologici per l'Artrite Reumatoide, la Spondilite Anchilosante, l'Artrite Psoriasica e l'Artrite Idiopatica Giovanile.

Adozione delle "Linee guida per l'uso dei farmaci biologici in Reumatologia"

Attivazione del Registro Regionale "ARPASPA"

Entro il 15 giugno 2010

4.4. Registro farmaci oncologici sottoposti a monitoraggio (RFOM)

Il 1° aprile 2006 l'AIFA ha pubblicato on line il Registro Farmaci oncologici sottoposti a monitoraggio, aggiornato, negli anni, con l'inserimento di nuovi farmaci oncologici.

Il Registro è un importante strumento di gestione finalizzato ad agevolare l'appropriatezza prescrittiva ed il monitoraggio informatizzato dei trattamenti innovativi, con l'obiettivo primario di garantire il rispetto della programmazione economica nell'ambito del SSN in termini di sostenibilità dei costi e di innovazione terapeutica.

Le prime conseguenze di una spesa così fortemente informatizzata e centralizzata nel Registro sono sintetizzabili in poche evidenze: informazione e guida all'appropriatezza prescrittiva, velocizzazione delle richieste di farmaco ed, infine, possibilità di tracciare l'uso e la spesa per tali farmaci.

La presente azione è collegata alla corretta gestione del Registro Farmaci Oncologici ed è condizione necessaria che siano comunicate tutte le schede di richiesta/dispensazione e rivalutazione previste e che i trattamenti per i quali si intende richiedere i rimborsi siano dichiarati conclusi tramite scheda di fine trattamento.

Attualmente le specialità medicinali monitorate attraverso il RFOM, alle quali si applicano accordi negoziali speciali, sono: Tarceva®, Sutent®, Nexavar® (RCC e HCC), Sprycel®, Avastin®, Tassigna®, Torisel®, Vectibix®, Yondelis®, Tyverb®, Erbitux®, Velcade®.

Per quanto riguarda la regione Molise la ASReM riferisce che le procedure di inserimento dei pazienti trattabili (e poi eleggibili) sono state attivate per il 60% e relativamente ai farmaci Tarceva, Sutent e Nexavar; si presume, quindi, che presto si porterà a regime la procedura di registrazione e, successivamente, di richiesta rimborso, per la totalità dei pazienti dichiarati eleggibili e per i quali è stato avviato il trattamento.

Inoltre, per gli altri farmaci sopra elencati, sempre se correttamente attivate le procedure di registrazione e fine trattamento, si può ipotizzare un rientro di seguito descritto, tenendo conto anche che, su comunicazione per le vie brevi effettuata con l'AIFA, i rimborsi avranno valenza retroattiva.

Stima impatto economico

Rientro atteso per il 100% dei pazienti trattati con Tarceva e Tassigna

Rientro atteso per il 100% dei pazienti trattati con Sutent

Rientro proporzionale per gli altri 9 farmaci di cui è prossima la stipula della Convenzione.

Fonte di verifica : Decreto Commissario *ad Acta* ricognitivo delle verifiche - da effettuarsi, a cura del Direttore Generale ASReM, presso le strutture ospedaliere regionali e relative alla messa a regime della procedura di registrazione obbligatoria delle schede per i medicinali in trattazione - entro il **30 maggio 2010**.

4.5. Centralizzazione della preparazione e/o della somministrazione dei farmaci chemioterapici

La presente azione ha come obiettivo la costituzione di un centro esclusivo di allestimento delle preparazioni contenenti antitumorali – **laboratorio di galenica clinica** –, in risposta sia ai requisiti normativi che, soprattutto, alla necessità di una gestione più sicura ed anche più razionale dei farmaci oncologici, che assorbono grandi risorse del SSN. La finalità che si persegue è quella di razionalizzare le risorse sia attraverso la programmazione, nella stessa giornata, di cicli di terapia analoghi, sia attraverso il riutilizzo di tutti i residui di farmaco che si generino dalla personalizzazione delle varie terapie.

La misura di centralizzazione della preparazione di farmaci chemioterapici ed, eventualmente, di alcune somministrazioni di tali farmaci rappresenta una rilevante potenzialità in termini di maggiore efficienza dell'uso delle risorse economiche disponibili.

Stima impatto economico

Per determinare l'impatto della misura vanno presi in esame almeno tre livelli di avanzamento organizzativo ai quali, in maniera esponenziale, si lega la possibilità di ottimizzare l'uso dei chemioterapici, non soltanto dal punto di vista dei resti, ma anche delle mancate somministrazioni, delle distruzioni involontarie, delle non conformità al richiesto e via dicendo.

La spesa per chemioterapici frazionabili, in ambito di strutture di ricovero pubbliche, è pari a circa 2,8-3 milioni di euro/anno (media 2008/2009). Tale cifra va più che raddoppiata se si considera l'aggregato di sistema regionale che comprende l'Università Cattolica del Sacro Cuore, portando il totale a circa 6,5 milioni di euro/anno per un costo/paziente trattato di circa 4.500 euro/anno di terapia.

La tabella che segue riporta i possibili impatti sulla spesa in funzione delle iniziative organizzative attivate:

	Misure	Effetti	Percentuale risparmio
1	Centralizzazione della preparazione dei chemioterapici in ambito di strutture pubbliche regionali mediante centro non robotizzato	Riuso dei resti nei casi di concomitanza di terapia senza pianificazione della stessa Ha effetto sulla spesa delle strutture pubbliche. La percentuale di efficacia è bassa perché si fonda su un numero di casi estremamente contenuto	5%
2	Centralizzazione della preparazione dei chemioterapici in ambito di sistema regionale complessivo (Asrem + Cattolica) mediante modalità manuali	Riuso dei resti nei casi di concomitanza di terapia senza pianificazione della stessa Ha effetto sulla spesa dell'intero sistema. L'ambito più esteso incrementa la probabilità statistica di ottimizzare l'uso dei farmaci	15%
3	Centralizzazione della preparazione dei chemioterapici in ambito di sistema regionale complessivo (Asrem + Cattolica) mediante modalità robotizzata Utilizzo di una piattaforma di pianificazione dei calendari di terapia compatibile con i protocolli da attuare	Riuso spinto dei resti nei casi di concomitanza di terapia che sono pianificati dal sistema. Tracciabilità assoluta dell'uso delle materie prime. Riduzione del rischio da manipolazione grazie al robot che si occupa delle preparazioni	25%

Fonte di verifica: Decreto Commissario *ad Acta* ricognitivo dell'iniziativa organizzativa adottata dall'ASReM, entro **il 30 giugno 2010**.

4.6 Antibiotico-terapia in profilassi e cura per il rispetto dell'appropriatezza

La presente azione ha come obiettivo la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici sistemici, mediante l'adozione di adeguati strumenti di monitoraggio, nonché di specifiche linee-guida sull' "Antibiotico terapia intraospedaliera", da elaborare in raccordo con gli specialisti di branca.

Le linee guida sull' "Antibiotico profilassi peri-operatoria nell'adulto", pubblicate dall'Istituto Superiore Sanita' nel settembre 2008 (prossima revisione settembre 2011), sono state già recepite con il Decreto del Commissario *ad Acta* n. 5 del 10 febbraio 2010.

Il monitoraggio dell'appropriatezza d'uso attiene alle molecole per le quali si è registrato, nell'anno 2009, il maggior incremento economico fino ad un ammontare del 70% della spesa registrata nell'ambito della categoria terapeutica di appartenenza.

Stima impatto economico

La spesa per antibiotico terapia è stata nell'anno 2008 di € 4.614.955 (fonte IMS), con un incremento del 10% rispetto all'anno precedente.

L'obiettivo della presente azione è quello di recuperare l'incremento registrato in quanto si ritiene sia riconducibile all'effetto mix, cioè alla scelta di farmaci di nuova generazione a maggior costo.

Fonte di verifica : Adozione linee-guida sull'"Antibiotico terapia intraospedaliera" entro il **15 giugno 2010.**

Decreto Commissario *ad Acta* ricognitivo dell'azione di monitoraggio delle prescrizioni dei farmaci di cui al presente obiettivo, mediante la "scheda di monitoraggio prescrittivo" entro il 30 luglio 2010.

4.7 Farmaci biosimilari

La presente azione ha come obiettivo quello di incentivare l'utilizzo dei farmaci biosimilari, in grado di curare con la stessa efficacia terapeutica, ma a condizioni economiche più vantaggiose per il SSR - fermo restando il rispetto delle indicazioni terapeutiche, la salvaguardia dell'appropriatezza e il rispetto dei LEA -, anche mediante l'adozione di specifiche "Linee guida per l'uso dei farmaci biosimilari", da elaborare in raccordo con gli specialisti di branca.

Stima impatto economico - Metodologia di calcolo

Dai dati IMS relativi alla spesa farmaceutica ospedaliera anno 2008 su anno 2007 emerge che, nell'ambito della classe terapeutica B03 "farmaci antianemici", la specialità eritropoietina rappresenta il 96% della spesa complessiva:

eritropietine anno 2008 : € 1.251.325

classe B03 anno 2008: € 1.278.780

Nella ipotesi di sostituzione delle eritropoietine con il biosimilare, al prezzo di aggiudicazione di cui alla gara ASReM 2009 - nell'ambito della DPC – pari a € 13,35 a fronte di € 21,20 del brand di riferimento, la spesa si ridurrebbe di circa il 40%.

Considerato che l'obiettivo di risparmio per costo terapia è del 40%, si precisa che:

- ✚ il risparmio atteso dall'utilizzo dei biosimilari è il 40% di € 1.251.325 = € 500.530
- ✚ si preserva la possibilità per i medici prescrittori di prescrivere i farmaci biologici originatori nei casi in cui i biosimilari siano ritenuti inadeguati e/o incompatibili.

Fonte di verifica : Adozione delle “Linee guida per l'uso dei farmaci biosimilari” entro il **15 giugno 2010** Decreto Commissario *ad Acta* ricognitivo dell'azione di monitoraggio a cura della ASReM riguardo all' utilizzo dei farmaci biosimilari entro il 30 luglio 2010.

4.8 Gestione informatizzata centralizzata delle Farmacie Ospedaliere

La presente azione è diretta alla gestione unica centralizzata, con procedura informatizzata, dei depositi delle Farmacie Ospedaliere e la messa in rete degli stessi ai fini dell' unificazione delle procedure di:

- ✚ Approvvigionamento
- ✚ gestione
- ✚ distribuzione

e pertanto ha come obiettivo l' appropriatezza organizzativa, l' economicità delle risorse e l' efficacia dell'attività .

Stima impatto economico - Metodologia di calcolo

Considerato l'indice di rotazione attuale del magazzino, pari a circa 6, la presente azione ha come obiettivo quello di portare tale indice al valore 8, con una riduzione della scorta media pari, quindi, al 33%.

Fonte di verifica: Decreto Commissario *ad Acta* ricognitivo delle misure organizzative adottate dalla ASReM entro il **30 giugno 2010**.

4.9 Riorganizzazione rete ospedaliera – Nuova dotazione posti-letto

Vedi obiettivo 1 al presente programma operativo 2010

Per effetto degli interventi, innanzi descritti, l'obiettivo complessivo di risparmio è pari a € 7.085.339; relativamente all'anno 2010, prudenzialmente si stima che la manovra faccia registrare un'economia che viene quantificata, per ciascun obiettivo operativo, nella seguente tabella.

OBIETTIVO SPECIFICO / AZIONI	FATTORI PRODUTTIVI	IMPATTO ECONOMICO IPOTIZZATO	CRONOPROGRAMMA
Revisione del PTOR e monitoraggio farmaci	Prodotti Farmaceutici	548.718	15/05/2010
Informatizzazione centralizzata regionale dei Piani Terapeutici dei farmaci biologici		274.537	15/06/2010
Centri "Antares"		878.809	15/06/2010
Registro farmaci oncologici sottoposti a monitoraggio (RFOM)		631.232	30/05/2010
Centralizzazione della preparazione e/o della somministrazione dei farmaci chemioterapici		2.065.384	30/06/2010
Antibiotico-terapia in profilassi e cura per il rispetto dell'appropriatezza		586.689	15/06/2010
Farmaci biosimilari		636.176	15/06/2010
Gestione informatizzata centralizzata delle Farmacie Ospedaliere		565.597	30/06/2010
Riorganizzazione rete ospedaliera – Nuova dotazione posti - letto		898.196	31/12/2010
TOTALE OBIETTIVO 4			7.085.339

Obiettivo 5: Applicazione dell'art 1, comma 797, lettera o) della legge n. 296/2006 (legge finanziaria 2007). Tariffe per la diagnostica di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche.

Con decreto commissariale la Regione ha disposto che, a decorrere dal 1 gennaio del 2010, le strutture private accreditate presso la Regione Molise, compreso l'IRCCS Neuromed e l'UCSC di Campobasso, nel tariffare le prestazioni rese per conto del SSN applichino uno sconto del 20% per le prestazioni di diagnostica di laboratorio e del 2% per tutte le altre prestazioni specialistiche – sugli importi previsti dal D.M. 22 luglio 1996 – avvicinando così le tariffe al livello remunerativo dei costi efficienti.

Sulla base dei costi contabilizzati nel documento pre-consuntivo anno 2009 e dell'ipotesi di tendenziale 2010, l'applicazione di tale norma determinerebbe uno sconto di € 914.830

La Regione Molise si riserva di riallineare gli sconti sopra esposti, a seguito dell'acquisizione dei dati a consuntivo.

OBIETTIVO SPECIFICO / AZIONI	FATTORI PRODUTTIVI	IMPATTO ECONOMICO IPOTIZZATO	CRONOPROGRAMMA
Applicazione dello sconto da Finanziaria 2007	Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale da privato;	914.830	
TOTALE OBIETTIVO 5		914.830	

Obiettivo 6. Definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e ridefinizione delle relative tariffe

In tale ambito, le Strutture di maggiore rilevanza sono senza dubbio, l'IRCCS Neuromed di Pozzilli e il Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche dell'UCSC di Campobasso, eroganti prestazioni sanitarie di alta specialità.

- IRCCS Neuromed di Pozzilli

L'Istituto di Ricovero e cura a carattere Scientifico (IRCCS), opera nel territorio regionale, quale Istituto finalizzato allo studio delle Neuroscienze ed alla cura delle malattie del Sistema Nervoso Centrale e Periferico, regolarmente riconosciuto con i decreti interministeriali del 14.12.1983, 16.07.1991 e 24.01.1996 e confermato ai sensi del D. Lgs. N° 288/2003 con DM 15.02.2005 e successivo DM 12.01.2007. Con il D. Lgs. n. 229/ 1999, che ha introdotto l'art. 8 – bis del D. Lgs. n. 502/ 1992, si è stabilito che le Regioni si avvalgano degli IRCCS al pari degli altri presidi e aziende per assicurare i “livelli essenziali di assistenza”.

E' attualmente in corso di definizione il procedimento per la conferma del carattere Scientifico di IRCCS.

Ai sensi di quanto disposto dal 502/92 e s.m.i, nonché del P.O. di rientro 2007/2008. obiettivi specifici 12 e 18. obiettivi operativi 12.3 e 18., la Struttura in parola per l'annualità 2008, ha stipulato con la Regione Molise, l'accordo contrattuale di budget per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, elaborato sulla base delle indicazioni ministeriali e dei tetti di spesa fissati giusta DGR n. 169/08 per un importo complessivo pari ad € 23.777.801,00. Tale contratto, in virtù di apposita clausola è in proroga sino alla stipula del nuovo contratto di budget. La Struttura in parola ha intentato un copioso contenzioso avverso la Regione Molise, impugnando tutti i provvedimenti emanati, in adempimento del P.O. di rientro 2007/2009, basti citare la problematica afferente il numero dei pp.II, o dei tetti di spesa.

- Centro di Ricerca e di Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche “Giovanni Paolo II

Il Centro di Ricerca in parola, nasce con la finalità di elevare il livello assistenziale del Sistema Sanitario Regionale attraverso la individuazione di alte specializzazioni nel campo della cardiocirurgia e dell'oncologia.

Il Protocollo di intesa tra la Regione Molise ed il Centro, di cui alla DGR n. 1774 del 18.10.06, di durata triennale prevede che il Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze

Biomediche “Giovanni Paolo II” di Campobasso, inserito nel Piano Sanitario Regionale, giusta deliberazione del Consiglio Regionale, n. 505/96, costituisca un polo culturale e sanitario in grado di supportare ed integrare le strutture sanitarie esistenti nella gestione delle patologie più complesse, garantendo anche un ruolo di coordinamento professionale e di formazione permanente del personale medico, paramedico, amministrativo di tipo manageriale operante nella Sanità, nonché punto di riferimento nel settore della ricerca nel campo biomedico nell’area del Centro-meridione d’ Italia.

La Struttura in parola ha impugnato tutti i provvedimenti emanati, in adempimento del P.O. di rientro 2007/2009, tra i quali i provvedimenti relativi alla rimodulazione della rete ospedaliera e di fissazione dei tetti di spesa.

La problematica afferente il contenzioso relativo ad entrambe le Strutture è di notevole rilievo, essendo il valore della produzione delle stesse, il più corposo nel panorama ospedaliero regionale.

E’ materia demandata ad apposti provvedimenti commissariali la definizione dei tetti di spesa per l’anno 2010, afferenti a tutte le tipologie di assistenza ed a tutte le Strutture, e all’ approvazione dello schema di accordo contrattuale di budget, ex art. 8 *quinquies* del D.lgs 502/92 e s.m.i. La definizione dei tetti della produzione 2010 sarà accompagnata però anche dalla definizione della tipologia e volume delle attività che la regione intende acquistare, dalle singole strutture, sia per i pazienti molisani che per i pazienti fuori regione, sulla base dei seguenti principi:

1. applicazione di quanto stabilito nel Patto per la Salute che promuove il passaggio dal regime di ricovero ordinario al diurno e da questo all’ambulatoriale. Ciò determinerà per alcune strutture private accreditate una profonda riorganizzazione delle proprie attività, che comporterà un effetto sull’assegnazione dei relativi budgets, in altri termini, la produzione dell’anno 2008 è presa in considerazione ma sottoposta al vaglio dei principi di appropriatezza clinica ed organizzativa con particolare riferimento ai 108 DRG inappropriati;
2. attuazione dei principi riportati nel Testo Unico per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria, con l’adozione della nuova TUC. La Regione Molise intende in questo senso adottare con rapidità un decreto per la valorizzazione delle prestazioni regionali con tariffe simil-TUC. E’ evidente che detto ultimo aspetto influirà sulla costruzione dei budgets;
3. attuazione del Decreto Ministeriale che determina il passaggio della classificazione delle patologie afferenti al *grouper* 19 a quelle afferenti al *grouper* 24;
4. stipula di ulteriori accordi con le regioni limitrofe (con la Regione Campania detto accordo è stato già sottoscritto) che stabiliscono i tetti massimi per la maggior parte delle prestazioni non di alta complessità erogate dalle strutture private.

Provvedimenti attesi:

- Fissazione dei tetti
- Schema di contratto con relativo budget programmato per singola struttura.

Il Commissario *ad Acta*, pertanto, nella necessità di dare attuazione a quanto disposto al punto 3) della Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 28.07.09 recante la definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, secondo una stima puntuale del fabbisogno ex art. 8 *quinquies*, comma 2 *quinquies* del D.lgs 502/92 e s.m.i e, nella fissazione dei livelli massimi di finanziamento e remunerazione delle prestazioni sanitarie acquistate da privato per l'anno 2010, mediante anche la costruzione del budget in modo scientifico e strutturato sul fabbisogno regionale ed extraregionale dell'attività di ricovero e specialistica ambulatoriale, definisce i tetti di spesa per l'acquisto delle prestazioni sanitarie ospedaliere ed ambulatoriali da privato, secondo i livelli di finanziamento di cui all'allegato documento contabile (CE programmatico 2010), tenendo conto:

- della valutazione della produzione delle strutture, per le annualità 2008/2009, per le prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale;
- della considerazione della complessiva produzione delle strutture qualificabili quali strutture di alta specialità, attesa l'elevata complessità delle prestazioni sanitarie erogate e la imprescindibile funzione esercitata dalle stesse nel panorama sanitario regionale;
- dell'introduzione da parte del nuovo Patto per la Salute dei nuovi modelli organizzativi assistenziali, che prevedono l'incremento dell'individuazione del numero dei DRG "potenzialmente inappropriati";
- della stipula di accordi con le Regioni limitrofe (allo stato attuale è stato completato l'accordo con la Regione Campania, e sono in itinere quelli con la Regione Lazio, Puglia e Abruzzo), nei quali le prestazioni sono distinte per tipologia e sono stati fissati i tetti, tranne che per quelle cosiddette di "alta complessità";
- di quanto già emerso in esito ai controlli svolti nell'anno 2008, e della previsione di quanto risulterà per l' annualità 2009;
- dell'applicazione delle misure di riduzione dell'assistenza ospedaliera, in favore dei regimi di assistenza alternativa ai ricoveri;
- di quanto disposto con decreto commissariale n. 10 del 08/12/2009: " Applicazione dell'art. 1, comma 797, lettera o) della legge n. 296/2006 (legge finanziaria 2007). Tariffe per la diagnostica di

laboratorio e le altre prestazioni specialistiche”; che prevede, tra l’altro, l’applicazione dello sconto pari al 2 per cento degli importi indicati per le prestazioni specialistiche;

- che i livelli di finanziamento e remunerazione definiti col presente provvedimento sono comprensivi anche delle prestazioni erogate a residenti fuori regione;

- che i tetti di spesa definiti nel presente programma in base, tra l’altro, al principio di omnicomprensività del DRG, di cui al D.M. 30 giugno 2007, si riferiscono esclusivamente alle prestazioni di assistenza sanitaria, e precisamente a valenza ospedaliera e ambulatoriale.

TETTI 2010							
	ASREM		Neuromed		Cattolica		TOTALE
	Residenti	Mobilità Attiva	Residenti	Mobilità Attiva	Residenti	Mobilità Attiva	
Ospedaliera	10.531	3.878	3.913	18.075	25.568	15.164	77.129
Specialistica	358	5.288	2.456	7.188	4.657	1.436	21.383
Riabilitazione	15.000						15.000
TOTALE	25.889	9.166	6.369	25.263	30.225	16.600	113.512

OBIETTIVO SPECIFICO / AZIONI	FATTORI PRODUTTIVI	IMPATTO ECONOMICO IPOTIZZATO	CRONOPROGRAMMA
Budget strutture private accreditate	Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera da privato;	2.485.202	30/05/2010
	Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale da privato;	7.010.887	30/05/2010
	Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	664.140	30/05/2010
	Altre prestazioni da privato	2.009.748	30/05/2010
A decorrere dal 1° maggio 2010 si attiverà sul territorio un contratto per il riciclo delle protesi.	Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa e protesica da privato;	575.860	01/05/2010
Procedure di verifica	Soprawenienze Attive	2.166.000	01/03/2010
TOTALE OBIETTIVO 6		14.911.838	

Obiettivo 7. Stipula del protocollo di intesa con l'Università del Molise. Rapporti con altre strutture universitarie presenti nella regione.

La facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università del Molise è stata istituita il 22 settembre 2005.

Ad oggi, oltre al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia sono attivi i seguenti Corsi di laurea:

- a. Corso di laurea in Infermieristica (Classe SNT/1). Sedi: Campobasso e Termoli
- b. Corso di laurea in Ostetricia (Classe SNT/1). Sede: Campobasso
- c. Corso di laurea in Tecnica della riabilitazione psichiatrica (Classe SNT/2). Sede: Isernia
- d. Corso di laurea in Dietistica (Classe SNT/3). Sede: Campobasso
- e. Corso di laurea in Tecniche della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro (Classe SNT/4). Sede: Campobasso
- f. Corso di laurea magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione (Classe SPEC-SNT/4). Sede: Campobasso

La formazione Post-laurea

Scuole di Specializzazione

Il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, con Decreto del 12 dicembre 2008, ha autorizzato l'istituzione e l'attivazione, presso l'Università degli Studi del Molise, delle seguenti Scuole di Specializzazione dell'area sanitaria (D. R. 1969 del 22 dicembre 2008):

AREA MEDICA

Classe Medicina clinica generale: **Geriatría**

Classe Medicina Clinica dell'età evolutiva: **Pediatria**

AREA CHIRURGICA

Classe delle Chirurgie specialistiche: **Ginecologia ed Ostetricia**

AREA SERVIZI CLINICI

Classe della Medicina diagnostica e di laboratorio: **Biochimica clinica**

Patologia clinica

Classe dei servizi clinici biomedici: **Scienze dell'alimentazione**

Classe della sanità pubblica:

Igiene e Medicina Preventiva

Dottorati di ricerca

I Dottorati che insistono sulla Facoltà di Medicina e Chirurgia e sul Dipartimento di Scienze per la Salute sono:

- Dottorato di ricerca in Scienze per la Salute
- Dottorato di ricerca in Biochimica e Clinica Applicate

Sono stati, inoltre, attivati i seguenti Dottorati in convenzione con altri Atenei:

- Dottorato di ricerca in Fisiopatologia sperimentale e neuroscienze (II Università di Napoli)
- Dottorato di ricerca in Neuroscienze (Università degli Studi “Federico II” di Napoli)
- Dottorato di ricerca in Chirurgia sperimentale ricostruttiva (II Università di Napoli)
- Dottorato di ricerca in Morfologia Clinica e Patologica (Università degli Studi “Federico II” di Napoli).

Master

Master universitario di I livello in “Management infermieristico per le funzioni di coordinamento”, attivato nell’a.a. 2007/2008;

Master universitario di I livello in “Infermieristica ed ostetrica legale forense”, attivato nell’a.a. 2007/2008;

Master universitario di II livello in “Trattamento della patologia degenerativa del ginocchio”, attivato nell’a.a. 2008/2009;

Scuola di Formazione Continua in Medicina

Contestualmente alla Facoltà di Medicina e Chirurgia è stata istituita la “Scuola di Formazione Continua in Medicina” che, negli anni 2006-2008, ha organizzato 20 eventi e un corso di perfezionamento.

Allo stato attuale il numero di studenti iscritti al 1° anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia è di 25 iscritti per un totale di 75 studenti. L’Università ha richiesto alla Conferenza dei Presidi di Medicina il proprio fabbisogno di contratti ministeriali per le 15 Scuole di specializzazione (di cui 7 approvate ed istituite e 8 in corso di istruttoria).

Per numero *sei (6)* Scuole di specializzazione (minimo numero da individuare nelle singole regioni sedi di Università secondo le indicazioni della Commissione per la razionalizzazione delle Scuole di specializzazione) sono stati richiesti, ma non ancora riconosciuti, 3 contratti ciascuna per un totale di 18 medici specializzandi.

Il Protocollo di Intesa tra la Regione e l'Università è stato elaborato: esso prevede l'individuazione dell'ospedale Cardarelli di Campobasso quale struttura principale presso la quale garantire l'espletamento delle funzioni didattiche e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia essendo stato quantificato in circa 320 posti letto il fabbisogno secondo una metodologia, già adottata in altri ospedali, del calcolo dei crediti formativi.

L'obiettivo principale che si vuole raggiungere è quello di qualificare meglio la rete ospedaliera e territoriale pubblica (sono previsti programmi di didattica e ricerca sul territorio), contribuendo ad incrementare l'attrazione che già in parte alcuni ospedali pubblici esercitano sulle regioni limitrofe.

Sono in corso di definitiva individuazione, inoltre, le unità complesse a direzione universitaria, secondo criteri condivisi, da assegnare con il divieto per l'ASREM di duplicare UU.OO. esistenti e in analogia ai criteri adottati per l'individuazione/accorpamento delle UU.OO. ospedaliere.

Ai fini del rispetto degli adempimenti previsti nei programmi operativi per il 2010, il protocollo di intesa sarà finalizzato nell'ambito delle risorse disponibili per l'assistenza ospedaliera pubblica nel 2010.

CRONOPROGRAMMA DEGLI OBIETTIVI E AZIONI

Obiettivo Operativo		Azione
	Definizione rapporti Regione con Università degli Studi del Molise "UNIMOL"	Stipula protocollo
	Definizione rapporti Regione con II Università di Napoli	Stipula protocollo
	Definizione rapporti Regione con Università degli Studi "Federico II" di Napoli	Stipula protocollo

Obiettivo 8 - Razionalizzazione della spesa per acquisto di beni e servizi con particolare riferimento alla realizzazione di un sistema centralizzato di acquisti, alla standardizzazione dei beni e dei servizi da acquisire, alla ottimizzazione della rete logistica e distributiva (PIANO DI RIENTRO OBIETTIVO SPECIFICO n. 3).

Risparmio beni e servizi - Gare centralizzate

In punto di dettaglio occorre sottolineare la necessità di innovare profondamente le procedure di svolgimento delle gare, sia attraverso l'utilizzo di nuovi sistemi e strumenti telematici come ad esempio la piattaforma Consip, cui la ASReM già fa ricorso per lo svolgimento delle procedure di acquisto di beni, il cui utilizzo è comunque ribadito nel Decreto Commissariale n. 5 del 30 novembre 2009 "Utilizzo del mercato elettronico con adesione alle Convenzioni Consip. Obbligo di verifica e sanzioni" e il ricorso al Mercato Elettronico, così come prescritto dal Decreto Commissariale n. 7 del 23 febbraio 2010 "Mercato Elettronico. Regolamento per lo svolgimento delle procedure telematiche di acquisto di beni e servizi. Direttiva per ASReM".

A seguito dell'emanazione della direttiva commissariale di cui al decreto 7/2010, la struttura competente della Azienda Sanitaria ha già provveduto ad espletare le procedure di abilitazione all'utilizzo della Firma Digitale e di individuazione del Responsabile del Procedimento. Inoltre, con provvedimento n. 260 del 18 marzo 2010, l'Azienda ha provveduto ad approvare i regolamenti che disciplinano l'acquisto di beni e servizi in economia e la gestione delle casse economali. Sono in corso di attivazione anche le procedure volte alla formazione professionale del personale addetto alle procedure di acquisto di beni facendo ricorso alle procedure di accesso alla piattaforma Consip e Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MePa).

Il previgente Piano Operativo ha, tra l'altro, previsto il ricorso ad acquisti centralizzati al fine di superare le diseconomie gestionali discendenti dai processi di approvvigionamento separati di beni e servizi (obiettivo n. 3 – Misure di contenimento della spesa per personale, beni e servizi).

Nel corso della vigenza del piano in parola l'ASReM ha espletato, ovvero sono in corso di espletamento, gare a livello unitario, di seguito elencate, con la specifica che per quelle aggiudicate nel corso dell'anno 2009 l'impatto economico in termini di risparmi potrà verificarsi nel corso dell'anno 2010 :

- n. 889 del 21/12/2007, Procedura aperta per la fornitura di farmaci, vaccini ed emoderivati;
- n. 424 del 08/05/2008, Procedura negoziata per la fornitura di farmaci;
- n. 720 del 19/08/2008, Procedura aperta per la fornitura in noleggio di autoveicoli,
- n. 686 del 06/08/2008, Procedura negoziata per l'affidamento del servizio di tesoreria e cassa;

- n. 361 del 17/04/2008, Procedura aperta per la fornitura di n. 25 monitor defibrillatori per il Servizio di Emergenza Territoriale “118”;
- n. 98/08, Procedura negoziata per l’affidamento del servizio di progettazione ed elaborazione di un sistema di gestione rifiuti ospedalieri;
- n. 868/07, Procedura aperta per l’affidamento del servizio assicurativo RCT “Libro Matricola”;
- n. 568 del 26/06/08, Procedura aperta per l’affidamento del servizio assicurativo per la polizza di Responsabilità Civile;
- n. 563 del 24/06/2008, Adesione a Convenzione CONSIP per la fornitura in service di attrezzature e materiale per i Servizi di Dialisi;
- n. 1024 del 15/12/2008, Adesione alla Convenzione Consip per la fornitura, messa in opera e manutenzione di centrali telefoniche;
- n. 1060 del 23/12/2008, Procedura aperta per l’affidamento di servizi assicurativi, incendio, furto, kasko, infortuni e tutela legale;
- n. 1065 del 30/12/08, Procedura aperta per la fornitura di fluorodesossiglucosio per il funzionamento dell’apparecchiatura PET/TC;
- n. 1066 del 30/12/08, Procedura negoziata per il conferimento del servizio di redazione del documento programmatico sulla sicurezza e per l’elaborazione di un piano per il rispetto della normativa sulla privacy;
- n. 352 del 20/03/2009, Procedura aperta per la fornitura del sistema informativo integrato di gestione dell’area amministrativo-contabile e del personale;
- n. 687 del 04/05/2009, Procedura negoziata, in via sperimentale su 50 pazienti, per la fornitura domiciliare di ossigeno liquido per il recupero della funzionalità respiratoria;
- n. 1509 del 20/11/2009, Procedura aperta per l’affidamento del servizio di lavanolo dei PP.OO. e delle strutture territoriali;
- n. 1373 del 26/10/2009, Procedura aperta per la fornitura di prodotti farmaceutici destinati alla “distribuzione per conto” su tutto il territorio regionale;
- n. 1614 del 21/12/2009, Procedura negoziata per l’affidamento del servizio di immagazzinamento, inventariazione e manutenzione di ausili protesici;
- n. 245 del 03/03/09, Procedura aperta per la fornitura a domicilio di prodotti e servizi per la Nutrizione Artificiale Domiciliare;
- n. 493 del 03/04/09 e n. 1465 del 12/11/09, Procedura aperta per l’affidamento del servizio di conduzione, gestione, manutenzione ordinaria e straordinaria delle opere civili e degli impianti tecnologici dell’ASREM, lotti n. 1 e n. 3;
- n. 1467 del 13/11/09, Procedura aperta per l’affidamento della polizza di R.C. dell’ASREM;
- n. 1341 del 14/10/2009, Procedura negoziata per la fornitura di farmaci infusionali agli Ambiti Territoriali dell’ASREM;
- n. 1508 del 20/11/2009, Procedura negoziata per la fornitura di prodotti farmaceutici destinati alla “distribuzione per conto” su tutto il territorio regionale;
- n. 1545 del 04/12/09, Procedura negoziata per la fornitura di prodotti farmaceutici destinati alla “distribuzione per conto” su tutto il territorio regionale.

- n. 225 del 9 marzo 2010 Procedura aperta per la fornitura in service di sistemi diagnostici per i Laboratori Analisi dell'ASREM;

Gare in corso di espletamento

Procedura aperta per l'affidamento del servizio di screening mammografico su mezzo mobile;

Procedura aperta per la fornitura di presidi e materiale sanitario vario per i PP.OO e Strutture Territoriali dell'ASREM.

Razionalizzazione spesa utenza telefonica

Il Direttore Generale dell' Azienda Sanitaria ha l'obbligo di adottare ogni possibile misura per garantire la correttezza dell'utilizzo, da parte dei dipendenti, delle utenze telefoniche, disponendo che l'utilizzo per motivi personali abbia carattere di assoluta eccezionalità e con oneri a carico dell'utilizzatore, nonché, assicurando idonei mezzi di controllo.

Tali iniziative dovranno consentire di realizzare una riduzione delle spese per telecomunicazione in misura pari al 20% nel 2010.

La spesa telefonica sostenuta nel 2009 ammonta ad € 1.856.000,00, l'economia del 20% è pertanto pari a € 371.000,00.

Per il raggiungimento del presente obiettivo la Regione provvederà ad adottare apposite linee d'intervento entro la data del 30 giugno 2010 che dovrà essere recepito dall'ASREM con proprio atto.

OBIETTIVO SPECIFICO / AZIONI	FATTORI PRODUTTIVI	IMPATTO ECONOMICO IPOTIZZATO	CRONOPROGRAMMA
Procedura aperta per la fornitura di presidi e materiale sanitario vario per PP.OO. e strutture territoriali dell'ASREM	Presidi chirurgici e materiali sanitari	4.628.618	15/06/2010
Procedura aperta per la fornitura in service di sistemi diagnostici per i Laboratori analisi dell'ASREM	Materiali diagnostici e prodotti chimici	1.941.981	15/06/2010
Adesione convenzione Consip per la fornitura in service di attrezzature e materiale per i Servizi di Dialisi	Materiali per emodialisi	362.324	15/06/2010
Circolare esplicativa all'ASREM dell'ipotesi di risparmio presente nel Programma Operativo	Utenze telefoniche	533.611	Emanazione circolare entro il 30 aprile 2010
TOTALE OBIETTIVO 8		7.466.535	

Obiettivo 9: l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo – contabili, sottostanti alla contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili allo scopo di avviare anche le procedure connesse alla certificabilità dei bilanci della ASReM e dell'ARPA.

La riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, tenutasi a Roma il 10 dicembre 2009 ha previsto, tra l'altro, di subordinare l'erogazione del 20% delle risorse spettanti alla Regione Molise, per l'anno 2007, all'invio entro il 31 dicembre 2009 e alla conseguente verifica positiva della documentazione comprovante l'adozione di nuovi procedimenti contabili e gestionali sia per il livello aziendale che regionale da adottarsi a partire dall'anno 2010.

A tale proposito si rappresenta che, a seguito del combinato disposto della Legge Regionale n. 9 del 1° Aprile 2005 “ Riordino del Servizio Sanitario regionale” con la L.R. n. 34 del 26/11/2008 che ha apportato delle modifiche al S.S.R., l'A.S.Re.M. si configura quale unica azienda sanitaria per tutto il territorio regionale, articolata in distretti che comprendono gli stabilimenti ospedalieri ed i presidi ospedalieri, entrambi a gestione diretta. In particolare l'art. 4 bis della L.R. n. 34 del 26/11/2008 pone in capo al Direttore Generale dell'A.S.Re.M. l'obbligo di adottare tutti i provvedimenti di ordine amministrativo e finanziario per l'adeguamento del sistema di contabilità ed il superamento delle contabilità zonali. La Direzione Strategica dell'azienda sanitaria regionale si sta muovendo nella direzione di riorganizzare le procedure amministrative per la gestione unitaria dei processi dell'A.S.Re.M.. A tale proposito si rileva che alcune attività sono state portate a compimento altre sono in corso di realizzazione.

Tra le attività portate a compimento si elencano:

- la costituzione di Unità Operative amministrative centralizzate con a capo dirigenti responsabili unici a livello regionale;
- Installazione della nuova procedura informatica unica dell'A.S.Re.M.;
- Creazione di una casella di posta certificata dell'A.S.Re.M. finalizzata allo snellimento delle procedure di gestione amministrativa degli atti e al tempestivo scambio di informazioni;
- Organizzazione delle procedure amministrative “as – is” utili per gestire, a livello regionale, tutte le informazioni di natura amministrativa dell'A.S.Re.M.;
- Predisposizione di una declaratoria delle funzioni dei dirigenti delle unità operative unificate regionali, nelle more dell'approvazione dell'Atto Aziendale.

Tra le attività in corso di realizzazione si evidenziano:

- L'implementazione del sistema per la gestione informatizzata del protocollo aziendale unico e degli atti amministrativi;
- Recepimento della direttiva "Brunetta" sulla diffusione dell'impiego delle reti telematiche aziendali, con relativo regolamento;
- Implementazione di un sistema contabile unico ASReM, con gestione contemporanea dei sistemi di contabilità generale ed analitica: a decorrere dal 1 gennaio 2010 sono stati unificati i seguenti adempimenti:
 - a) registrazione ai fini IVA delle fatture passive anno 2010
 - b) emissione fatture attive
 - c) registrazioni contabili esercizio 2010
 - d) incassi relativi all'anno 2010
 - e) pagamenti relativi all'esercizio 2010
- Elaborazione del primo cedolino paga unitario a livello ASReM entro il 31 gennaio 2010;
- Avvio di un nuovo sistema unitario per la gestione delle attività connesse alla programmazione aziendale ed al budgeting e monitoraggio continuo degli scostamenti.

La Regione Molise, in linea con i suoi compiti istituzionali ed il suo potere di direttiva, in coerenza con la legislazione nazionale e nel rispetto dell'organizzazione del Sistema Sanitario Regionale, ha adottato i seguenti atti:

- approvazione del nuovo Piano dei Conti regionale, DGR n. 263 del 10 marzo 2008 e DGR n. 1041 del 21 ottobre 2008 ;
- approvazione delle "Linee guida al piano dei conti della contabilità generale" - DGR n. 1352 del 15 dicembre 2008 - per la rilevazione delle componenti patrimoniali, economiche e finanziarie dell'Azienda Sanitaria A.S.Re.M., allo scopo di:
 - agevolare la comprensione delle voci di misurazione degli eventi gestionali mediante registrazioni contabili;
 - fornire informazioni circa la natura e i criteri di valutazione delle principali poste di bilancio;
 - definire regole chiare per le registrazioni contabili;
 - agevolare la predisposizione del bilancio consolidato regionale.

Inoltre, con il sopra citato atto giuntale, il Piano dei Conti è stato integrato con la descrizione dei contenuti relativi ad ogni voce contabile.

Con decreto del Commissario *ad Acta* n. 12 del 28 dicembre 2009 sono state emanate le linee guida generali al processo di budget per l'Azienda sanitaria regionale. La finalità delle citate linee guida è quella di supportare l'azienda sanitaria nella realizzazione di un nuovo sistema di budget per centri di costo e di responsabilità derivante dall'adeguamento e dal potenziamento dei preesistenti sistemi già presenti presso le disciolte AA.SS.LL..

L'azienda sanitaria regionale, con provvedimento del Direttore generale n. 325/2010, intende assicurare le attività di raccolta, trattamento ed elaborazione delle informazioni, nonché le attività di implementazione e manutenzione del sistema informativo aziendale, attraverso un raccordo funzionale di Unità operative denominato Sistema Informativo Aziendale. Tale S.I.A. garantisce, da un lato, il supporto operativo e l'assistenza tecnica alle UU.OO. coinvolte nel processo di raccolta dati, dall'altro, un coordinamento continuo al fine di applicare standard di raccolta comuni, gestire tempi e scadenza, omogeneizzare le informazioni disponibili. I dati forniti dal Servizio potranno essere altresì utilizzati dal costituendo Nucleo Operativo di Controllo al fine di sviluppare strumenti di campionamento dei dati di produzione da sottomettere alla verifica di coerenza tra la cartella clinica e la sua sintesi informatica (SDO).

Le principali funzioni svolte all'interno del costituendo Servizio saranno:

- Censimento dei flussi dati aziendali
- Creazione della banca dati dei flussi aziendali
- Creazione del sistema di gestione dello scadenziario integrato con la banca dati anzidetta
- Risoluzione dei problemi tecnici relativi ai dati dei flussi
- Creazione del repository aziendale dei flussi dati
- Sviluppo di un sistema di interrogazione dei database aziendali
- Reportistica navigabile per il personale autorizzato alla consultazione
- Sviluppo di procedure alla pre-verifica dei dati
- Supporto assistenza tecnica apparecchiature informatiche
- Creazione e sviluppo del sito web aziendale.

Coerentemente al suo potere di controllo, al fine di monitorare i processi in parola, la regione Molise intende accedere direttamente ai dati registrati dall'ASReM per verificare, ove fosse necessario, la correttezza dei dati esposti nei documenti contabili.

Certificabilità dei bilanci

Il succitato Patto per la Salute, all'art. 11 (Qualità sei dati contabili, di struttura e di attività) dell'Intesa Stato/Regioni, sancisce la necessità di garantire, nel settore sanitario, il coordinamento della funzione di governo della spesa ed il miglioramento della qualità dei relativi dati contabili e gestionali e delle procedure sottostanti alla loro produzione e rappresentazione, anche in relazione al federalismo fiscale.

Le Regioni si impegnano a garantire l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo – contabili, sottostanti alla contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili allo scopo di avviare anche le procedure connesse alla certificabilità dei bilanci. Tale percorso comporta una valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo – contabili, con conseguente certificazione della qualità dei dati contabili delle aziende e del consolidato regionale relativi all'anno 2008. Siffatto obiettivo si rivela alquanto impegnativo, soprattutto per le regioni interessate dai Piani di Rientro, che sono costrette agli adempimenti di cui all'*ex art.11* perentoriamente entro il 31 ottobre 2010.

Il forte impegno richiesto alle Regioni, sia in termini di risorse umane che di intensificazione di procedure amministrative, si percepisce anche dall'innovazione legata all'accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabili, cioè nell'individuazione degli standard di qualità amministrativo contabili del sistema sanitario regionale, nel determinare gli standard di qualità delle procedure ASReM, nel consolidamento dei dati contabili regionali (spesa sanitaria), nella precisazione, valutazione e potenziamento dei principi di controllo amministrativo-contabili.

Per il perseguimento di quanto legislativamente previsto, la Regione Molise, ha rimodulato la legge di contabilità regionale n. 12/97 (approvata in Consiglio Regionale ed in fase di pubblicazione), ponendo, tra l'altro, le premesse per individuare i processi necessari alla formulazione delle procedure atte alla certificazione del bilancio ASReM.

CRONOPROGRAMMA DEGLI OBIETTIVI E AZIONI

OBIETTIVO SPECIFICO / AZIONI	FATTORI PRODUTTIVI	IMPATTO ECONOMICO IPOTIZZATO	CRONOPROGRAMMA
Miglioramento procedure contabili	Componenti straordinarie e accantonamenti per rischi	6.137.000	15/05/2010
TOTALE OBIETTIVO 9		6.137.000	

Obiettivo 10: definizione di nuove modalità di pagamento.

Il triennio appena trascorso di vigenza del Programma operativo di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale, dal punto di vista strettamente finanziario si è caratterizzato per una eccedenza di spesa rispetto alle risorse a disposizione, come peraltro evidenziato dai verbali del Tavolo Tecnico di Monitoraggio della Spesa Sanitaria. Il mancato superamento degli obiettivi di finanza pubblica ha determinato una sofferenza di cassa, in quanto lo Stato non ha svincolato in favore della Regione le quote residue del Fondo Sanitario Regionale per gli anni dal 2006 al 2009, nonché i cosiddetti Fondi di accompagnamento per gli anni 2008 e 2009. Ciò ha determinato notevoli ritardi nei pagamenti delle forniture e disallineamento tra la competenza e la cassa. Al fine di mitigare gli effetti economici legati a tale stato di fatto e di conferire certezza e regolarità al sistema dei pagamenti di tutti i soggetti che intrattengono rapporti economici con il Servizio Sanitario Regionale, è necessario introdurre nuove procedure amministrative che si avvalgano di strumenti operativi che garantiscano nel contempo quella continuità nel flusso di cassa indispensabile sia al Sistema Sanitario Regionale che alle imprese fornitrici per poter effettuare una programmazione finanziaria certa. Nel novero dei nuovi strumenti operativi, risulta interessante la procedura detta di “Smobilizzo rotativo dei crediti vantati dai fornitori verso il Sistema Sanitario della Regione” Tale strumento si configura non solo come mero strumento di pagamento, ma anche come mezzo di governo della spesa, i cui vantaggi possono essere così delineati:

- Allineamento tra la competenza e la cassa, con effetti positivi legati al fatto di non ricorrere più allo strumento dell’anticipazione di tesoreria;
- Ottenimento di una sostanziale dilazione dei termini di pagamento, senza alcun aggravio finanziario in termini di interessi passivi o di altri costi;
- Disponibilità di notevole liquidità di cassa da poter impiegare in maniera produttiva;
- Certezza nel puntuale pagamento di tutti i fornitori di beni e servizi;
- Contenimento del contenzioso;
- Riduzione sostanziale degli interessi passivi;
- Eliminazione del fenomeno speculativo connesso ai crediti sanitari.

In data 11 marzo 2010, con Decreto del Presidente della Regione Molise, in qualità di Commissario ad Acta per l’attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del Settore Sanitario, sono state adottate le prime linee guida per l’adozione di una procedura di Smobilizzo rotativo dei debiti.

Si stima che la messa a regime della procedura sopra indicata, determinerebbe il conseguimento di economie di spesa quantificabili nell’ordine di circa € 1.000.000,00.

OBBIETTIVO SPECIFICO / AZIONI	FATTORI PRODUTTIVI	IMPATTO ECONOMICO IPOTIZZATO	CRONOPROGRAMMA
Smobilizzo rotativo dei crediti	Componenti finanziarie	1.030.300	15/05/2010
TOTALE OBIETTIVO 10		1.030.300	

Obiettivo 11: Progetti obiettivi nazionali 2010

Gli obiettivi di Piano anno 2010 (individuati in ml € di 8.884, giusta proposta di riparto FSN 2010 formulata dal Ministro della Salute il 26.01.2010 – quota indistinta e quota vincolata per gli obiettivi di Piano -) possano essere effettuati con le risorse correnti, senza ulteriori aggravii di costi.

OBIETTIVO SPECIFICO / AZIONI	FATTORI PRODUTTIVI	IMPATTO ECONOMICO IPOTIZZATO	CRONOPROGRAMMA
Effettuazione di PO Nazionali 2010 con risorse correnti	Altri accantonamenti	8.884.000	
TOTALE OBIETTIVO 11		8.884.000	

10 Maggio 2010

Redazione Atto Aziendale

La redazione dell'Atto Aziendale ASReM sarà predisposta dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria a seguito della definitiva approvazione del presente documento e, comunque, adottato entro e non oltre il 30 giugno 2010.

Il presente programma operativo è corredato di CE tendenziale e programmatico 2010, nonché LA tendenziale e programmatico.