

**OBIETTIVI AL DIRETTORE GENERALE ASREM**

Per quanto riguarda gli **obiettivi strategici**, occorre subito dire che i predetti vanno articolati in :

a) obiettivi aziendali :

- contenimento liste di attesa per la specialistica ;
- formazione operatori su processi innovativi ,

b) obiettivi area ospedaliera :

- riorganizzazione/riconversione rete ospedaliera ;
- recupero fughe residenti per basse specialità ;
- obiettivi di qualità delle prestazioni con particolare riferimento all'attività di ricovero con la *mission* di abbattimento dei DRG a rischio di inappropriately anche attraverso la rideterminazione dei percorsi assistenziali ;
- incremento controlli tecnico-sanitari e amministrativo-contabili sulle strutture private a gestione ASReM ;

c) obiettivi aree territoriali e Medicina sul territorio;

- potenziamento ADI ;
- miglioramento attività rete socio-sanitaria ;
- sviluppo e implementazione del ruolo dei Distretti sanitari ;
- incremento strutture residenziali e semiresidenziali (RSA ; Case famiglia- Hospice, alt.)

### **Premessa. I macro obiettivi.**

Preliminarmente occorre subito inquadrare quali sono le direttrici ovvero i macro obiettivi del vigente Piano Sanitario Regionale così come di seguito riportati :

- Efficienza e qualità dei servizi in relazione ai bisogni ;
- Tagli agli sprechi ;
- Riequilibrio dell'offerta con potenziamento dell'attività territoriale ;
- Riorganizzazione rete ospedaliera con accorpamenti e riconversioni ;
- Blocco "turn over" ;

- Formazione culturale e manageriale del personale ;
- Partecipazione del cittadino e delle organizzazioni di volontariato alle prestazioni.

### **Quadro normativo d'immediato riferimento a presidio degli interventi.**

Il Patto della Salute per gli anni 2010-2012 sancito tra lo Stato e le Regioni il 3 Dicembre 2009, recepito nell'art.2, comma 78 della Legge n.191/2009 (c.d. Finanziaria per il 2010) ha previsto che le Regioni commissariate con piani di rientro in essere proseguano secondo programmi operativi volti a garantire il ripiano dei debiti pregressi nonché rispettino gli adempimenti previsti entro il 31/05/2010 e succ.

Nel contesto del programma operativo sono riportate alcune azioni che investono prioritariamente il Direttore Generale ASReM e che, alla luce di quanto sopra, sono da considerarsi obiettivi specifici da raggiungere secondo la scala delle priorità e secondo l'esposizione cronologico-letterale e logico-sistematica di seguito specificatamente riportata , ovvero :

#### **1. Riorganizzazione dei presidi ospedalieri di Agnone, Venafro e Larino mediante :**

- Avvio delle procedure di accorpamento delle U.O.C. degli ospedali in questione e predisposizione dei contratti con le stesse secondo le indicazioni del P.O. approvato; riduzione degli organici delle U.O.C. e delle U.O.S. e riorganizzazione amministrativa dell'ASReM; accorpamento di reparti con bassa performance organizzativa e deficitari in termini di efficacia ed economicità ;
- Rideterminazione del numero dei posti letto in base agli standard nazionali.

**2. Potenziamento della medicina del territorio e dei Distretti, della rete laboristica, di assistenza specialistica ambulatoriale e del sistema integrato di assistenza agli anziani, ai soggetti deboli e non autosufficienti :**

- Riorganizzazione della rete delle strutture residenziali e semiresidenziali ;
- Mantenimento degli standard di offerta assistenziale evitando il ricorso ad ulteriori assunzioni di personale ;
- Potenziamento dell'ADI con il diretto coinvolgimento dei Direttori di distretto.

**3. Rapporti con gli erogatori privati:**

- Definizione dei tetti delle prestazioni acquistabili da privato accreditato per l'anno 2010 e firma dei relativi contratti ; relativamente ai contratti Neuromed e Cattolica i relativi contratti saranno stipulati a cura della Regione.

**4. Contenimento spesa del personale:**

A.) blocco del turn over anche per l'anno 2010 che consente la possibilità di richiedere l'autorizzazione alla copertura per un numero di posti non superiori al 10% delle cessazioni dal servizio del 2010. In particolare il blocco del turn over deve essere riferito e comprensivo di tutte le forme di lavoro (incluso lavoratori interinali), con l'attivazione necessaria delle procedure di mobilità interna in aderenza all'obiettivo 3.1 del Piano di rientro. Abbattimento del costo del personale interinale da parametrare in termini numerici rispetto al consuntivo del 2006 nonché abbattimento delle consulenze sempre in forza dei dettami dell'obiettivo 3.1 del piano di rientro.

Adozione di provvedimenti finalizzati al contenimento della spesa per attività aggiuntive.

B.) è assolutamente fondamentale ed indilazionabile la riduzione del numero di strutture, di posizioni organizzative e di coordinamento. Il predetto intervento inteso alla riduzione sui fondi contrattuali dovrà essere perentorio ed immediato e –quindi- non più

differibile, pena la responsabilità contabile per danno erariale. Nello specifico, in conseguenza della riduzione stabile delle dotazioni organiche a seguito del blocco del turn over, in sede di riadozione dell'atto aziendale occorre procedere alla riduzione delle cosiddette Unità Operative, delle posizioni organizzative e di coordinamento. Beninteso che il vincolo minimo della riduzione è del 1,4 % rispetto all'ammontare del 2004.

C.) Altre iniziative in materia di personale :

- Verifica delle mansioni non corrispondenti alle qualifiche di appartenenza e conferma dei dipendenti nello svolgimento di compiti propri, o in caso di inidoneità, attivazioni di processi di mobilità verso attività compatibili ;
- Articolazione dell'orario di lavoro del personale funzionalizzato ad eliminare la contemporanea presenza di più personale nel medesimo turno non strettamente legato alle attività di assistenza o audit clinico con radicale riduzione del ricorso allo straordinario ;
- Riduzione ulteriore delle consulenze e rinegoziazione di quelle in atto prevedendo la riduzione dei compensi.

**5. Attuazione protocollo di intesa tra la Regione, ASReM e Università del Molise.**

**6. Controlli tecnico-sanitari e amministrativo-contabili.**

- a) Controllo attività di ricovero (SDO – D.R.G. – clinici) per le Case di Cura (Villa Maria, Villa Esther, Igea Medica) secondo le prescrizioni del Decreto Commissariale n° 03 del 01 Febbraio 2010, pubblicato sul B.U.R.M. n° 4 del 16 Febbraio 2010, recante Sistema Regionale di Controllo e Monitoraggio dell'attività ospedaliera – LINEE GUIDA per l'organizzazione dei controlli delle prestazioni in regime di ricovero (D.R.G., SDO e cartelle cliniche) e comunque secondo i dettami del disciplinare tecnico ivi allegato;

- b) Controllo prestazioni di Medicina Specialistica Ambulatoriale (A..P.G.) secondo i dettami del disciplinare tecnico allegato al suddetto Decreto;
- c) Invio dei risultati analitici e contabili dell'attività di controllo alla Regione secondo i flussi prestabiliti dal medesimo Decreto Commissariale.

## 7. Aspetti economico – finanziari.

- Raggiungimento del pareggio del Bilancio di esercizio al 31 Dicembre 2010 nel rispetto dei Livelli essenziali di assistenza ai cittadini molisani. **Il raggiungimento di tale obiettivo è da considerarsi essenziale ai fini della prosecuzione del rapporto fiduciario.** Allo scopo di monitorare l'andamento della gestione, la Direzione Generale dovrà produrre, entro la fine del mese di Ottobre p.v. il preconsuntivo al 31 dicembre dell'anno successivo, dal quale risulti il pareggio di esercizio alla data. Ogni trimestre, in allegato al CE, dovrà essere resa disponibile l'evidenza della progressione del raggiungimento degli obiettivi, come di seguito specificati, per natura di costo. Ai fini del consolidamento e della trasmissione dei modelli ministeriali (CE, LA, SP, CP-999) da parte del competente Servizio regionale, è richiesto l'invio dei rispettivi modelli aziendali almeno 15 giorni prima della scadenza prevista. Inoltre, almeno per le seguenti macrovoci di Conto Economico :

- **Personale ;**
- **Acquisto di beni e servizi ;**
- **Acquisto di prestazioni da privato;**

dovranno essere rese disponibili al Commissario ad Acta e alla Direzione Generale V dell'Assessorato alle Politiche per la Tutela della Salute e Assistenza Socio-Sanitaria, in allegato al budget sino al 2010,e, quindi entro 45 giorni dalla notifica del presente provvedimento, i seguenti documenti :

1. **Rilevazione della situazione attuale** (es. situazione turn over personale per figura professionale fino al 31 dicembre 2010, caratteristiche contratti per acquisto di servizi, sistemi di monitoraggio e andamento dei consumi, situazione contratti acquisto prestazioni da privati, sistemi di monitoraggio e coerenza con effettivo bisogno, etc.);
2. **Criticità** (es. problemi di copertura turni infermieristici, vincoli contrattuali, carenze nei sistemi di monitoraggio o consumi anomali, situazioni contratti acquisto prestazioni da privati e coerenza con effettivo bisogno );
3. **Obiettivi specifici e azioni** che s'intende intraprendere per ottemperare agli obiettivi assegnati. Con specifico riferimento a questo punto, si ricorda che sono obiettivi del Commissario ad Acta (Del. Consiglio dei Ministri del 28 Luglio 2009) e quindi devono essere ricompresi anche tra gli obiettivi del Direttore Generale , e i risultati attesi, vanno declinati nelle rispettive nature di costo, come specificato al successivo punto 4, i seguenti interventi, che non devono considerarsi esaustivi, ma minimali come la già richiamata razionalizzazione e il contenimento della spesa del personale ; - l'adozione di provvedimenti per il contenimento della spesa per attività aggiuntive nel rispetto del tetto del 15% sul valore stimato nell'anno 2006 e la razionalizzazione della spesa per acquisto di beni e servizi (Punti 6 e 13 del Provvedimento di Commissariamento) , in particolare :
  - Realizzazione di un sistema centralizzato di acquisti (Obiettivo 3.3 del Piano di Rientro) ;
  - Standardizzazione dei beni e servizi da acquistare (Obiettivo 3.3 e 3.4. del Piano di Rientro) ;

- Ottimizzazione della rete logistica ed operativa (Obiettivo 18 del Piano di Rientro) ;
- Adozione di misure per migliorare l'appropriatezza prescrittiva ai fini del contenimento della spesa farmaceutica (Obiettivo 15.1 del Piano di Rientro) così come recepito dall'obiettivo 4 del Piano Operativo.

Altri obiettivi con effetto trasversale sulle voci di conto economico :

-Riassetto della rete ospedaliera /territoriale (Punto 2 del Provvedimento di Commissariamento e obiettivo 11 del Piano di rientro) ;

Completamento del riassetto della rete laburistica e di assistenza specialistica ambulatoriale (Punto 12 del Provvedimento di Commissariamento e obiettivo 7.2 del Piano di Rientro) ;

-Ricognizione dell'entità e della natura del contenzioso passivo in atto, con conseguente determinazione del fondo rischi (Punto 19 del Provvedimento di Commissariamento).

**4. Risultati attesi.**

Da approvare a livello regionale e misurabili ogni trimestre sia in termini di costi, sia, ove applicabile, di fattori produttivi (es. riduzione di n. unità di personale e relativa stima di risparmio) ;

**5. Soggetti responsabili.**

Referenti interni ed eventuale formalizzazione di obiettivi dati agli stessi ;

**6. Tempi.**

Complessivamente previsti per il raggiungimento dei singoli obiettivi.

E' altresì obiettivo del Direttore Generale ASReM il completamento del processo di riorganizzazione e centralizzazione dell'amministrazione dell'Azienda e l'adozione del nuovo Atto aziendale (Punti 1 e 13 del Provvedimento di Commissariamento e obiettivo 2 del piano di rientro)

in applicazione a quanto previsto dal piano operativo, che, preveda, con riferimento alla struttura amministrativa :

- completamento dell'assetto territoriale dell'ASReM , con il superamento di qualsiasi forma di articolazione gestionale basata sul sistema delle disciolte zone territoriali (obiettivo 2 del Piano di rientro) ;
- definizione di un centro unico di responsabilità delle principali funzioni aziendali (gestione contabile, gestione del personale e degli acquisti (obiettivo 18 del Piano di rientro);
- Implementazione del nuovo sistema informativo amministrativo-contabile unico e la reingegnerizzazione dei processi gestionali (accentramento delle funzioni in capo all'ASReM) (obiettivo 16 del Piano di Rientro).

Adempimenti del Direttore Generale ASReM legati alla retribuzione variabile.

Il Contratto del Direttore Generale ASReM prevede che il trattamento economico possa essere integrato di una quota ulteriore sulla base della valutazione dei risultati di gestione ottenuti e della realizzazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati alla regione, come previsto dall'art.3 bis comma 5 del D.Lgs. 502/92 e s.m. e i..

In coerenza con quanto previsto dal provvedimento di commissariamento della sanità molisana del 28 Luglio 2009 e del mancato raggiungimento degli obiettivi del Piano di Rientro, la quota di retribuzione variabile di risultato è legata all'attuazione dei seguenti adempimenti specifici :

- A) Riduzione dei costi della farmaceutica convenzionata, territoriale e ospedaliera e razionalizzazione dell'uso della risorsa farmaco** in ambito ospedaliero e territoriale nel rispetto dei tetti fissati dalla normativa nazionale e regionale. Nello specifico :
- a.1)** attivazione dei provvedimenti per il contenimento della spesa farmaceutica territoriale nel rispetto del tetto del 13,6% e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva; attivazione di corsi di formazione *ad hoc* e potenziamento dell'utilizzo

dei farmaci generici ; trasmissione di un *report* periodico (mensile) sull'attività svolta al competente Servizio regionale;

**a.2)** attuazione immediata del nuovo piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera nel rispetto del tetto del 2,4% e avvio della procedura di trasmissione dei dati relativi al flusso informativo sui consumi dei medicinali in ambito ospedaliero, al fine di consentire l'adozione di opportune misure correttive da parte del competente Servizio regionale si richiede inoltre:

a.2.1) monitoraggio costante dell'andamento dei costi dei farmaci ospedalieri e invio di un *report* a cadenza mensile (entro il gg.16 del mese successivo a quello di riferimento );

a.2.2) monitoraggio costante sui farmaci H OSP1 e H OSP2 a maggior impatto in termini di consumo e di spesa e invio di un report mensile (entro il gg.16 del mese successivo a quello di riferimento) ai fini della valutazione a cura della Commissione Terapeutica Regionale (CTR);

a.2.3.) rispetto del nuovo Prontuario Ospedaliero Regionale nei processi d'acquisto dei farmaci mediante gara unica regionale;

a.2.4.) potenziamento dell'utilizzo dei farmaci generici in ambito ospedaliero e trasmissione di copia della documentazione relativa ai nuovi contratti di fornitura;

**a.3)** Monitoraggio e trasmissione di un *report* periodico (mensile) in merito all'implementazione del piano di contenimento della spesa farmaceutica non convenzionata;

**a.4)** Monitoraggio del servizio di distribuzione diretta dell'ossigenoterapia e della sperimentazione della telemedicina sui pazienti affetti da BPCO e trasmissione di un *report* mensile al competente Servizio regionale;

**a.5)** individuazione delle strutture aziendali in possesso dei requisiti per la prescrizione dei farmaci con nota limitativa *ex* Note AIFA 29.10.2004 e 04.01.2007;

a.6) adempimento degli obblighi informativi di cui alla disciplina specifica per i dispositivi medici, ovvero :

a.6.1) messa a regime del flusso informativo sui dispositivi medici ;

a.6.2) completamento dell'allineamento *hardware* e *software* alle informazioni richieste nel Repertorio dei dispositivi medici ;

**B) Recepimento e applicazione del Tariffario regionale per l'assistenza specialistica ambulatoriale negli accordi di acquisto delle prestazioni dagli erogatori privati accreditati.**

**C) Definizione ed implementazione di un accurato sistema di monitoraggio e controllo sulle prestazioni di assistenza ospedaliera, specialistica, ambulatoriale e riabilitativa degli erogatori privati accreditati e attivazione di flussi informativi periodici relativi ai dati economici e di attività verso le competenti strutture regionali ;**

**D) Riduzione del tasso di ospedalizzazione ai livelli previsti dalla normativa nazionale e dal PSR ;**

**E) Implementazione di sistemi di valutazione e controllo dell'appropriatezza dell'assistenza territoriale e di azioni idonee a ricondurre la spesa riabilitativa (domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale) a 50 euro pro-capite, prossimo al valore medio nazionale in un 'ottica di integrazione socio-sanitaria e di valorizzazione delle attività territoriali. In particolare :**

e.1) potenziamento e riorganizzazione del sistema delle cure domiciliari ;

e.2) potenziamento e regolazione del sistema residenziale per assistenza agli anziani non autosufficienti ;

e.3) Costituzione dell'unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) al fine di identificare il percorso assistenziale più opportuno per il paziente e **adozione**

della scheda SVAMA quale strumento per la valutazione della non autosufficienza ;

e.4) **Definizione e implementazione di un accurato sistema di monitoraggio e controllo sulle prestazioni domiciliari e residenziali e attivazione di flussi informativi periodici (mensili) relativi ai dati economici e di attività verso le competenti strutture regionali ;**

**F) Attivazione nei Comuni di Campobasso, Isernia, Termoli e Venafro di ambulatori sperimentali per l'assistenza a pazienti extracomunitari non in regola** con le norme relative all'ingresso e al soggiorno e implementazione di un flusso dei dati delle prestazioni erogate da trasmettere al competente Servizio regionale ai fini della compensazione della mobilità internazionale, ove prevista ;

**G) Rispetto** tempistica di trasmissione dei dati dei flussi relativi al sistema NSIS (ex SISG) e dei flussi derivanti dalle attività ASReM ai fini degli adempimenti LEA e del Piano di rientro, anche attraverso le attività aziendali propedeutiche all'elaborazione degli stessi e l'interazione tra le attività informatiche ASReM e le attività informatiche regionali.