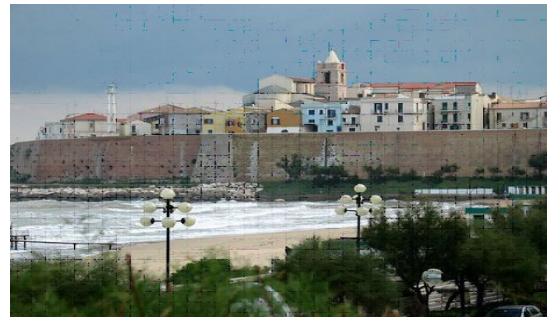
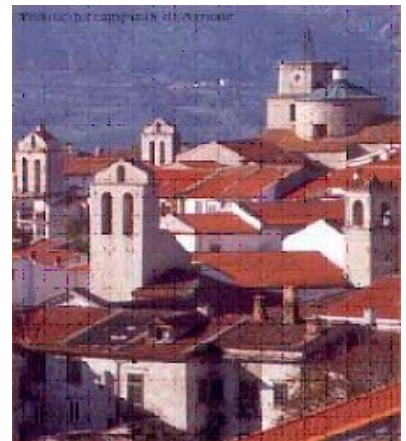




Regione Molise

Servizio Sanitario Regionale



PROGRAMMA OPERATIVO

Triennio 2007 - 2009

**Accordo ai sensi dell'articolo 1 comma 180
della legge 311/2004**

D.L.vo 14 maggio 2005, n. 80

Versione 25.03.2007

Indice

1	QUADRO NORMATIVO NAZIONALE E REGIONALE	
1.1	Quadro nazionale.....	
1.2	Quadro regionale	
1.3	Correlazione tra Piano e gli ordinari strumenti della programmazione	
1.4	Patto per la Salute e Legge Finanziaria 2007.....	
1.5	Accordi di programma.....	
1.6	Verifica dell'erogazione dei LEA	
1.7	Il programma operativo: obiettivi generali e specifici	
1.8	Obiettivi operativi: interventi progettuali ed azioni puntuali	
2	SVILUPPO DEI CONTENUTI DEL PIANO	
2.1	Analisi del contesto	
2.1.1	Il territorio	
2.1.2	La viabilità.....	
2.1.3	Contesto economico (provinciale).....	
2.2	La popolazione	
2.2.1	Dati Demografici nazionali	
2.3	Dati demografici dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASReM).....	
2.4	Proiezioni demografiche.....	
2.5	Analisi demografica per Zona	
2.6	La disabilità.....	
2.6.1	Dati epidemiologici nazionali.....	
2.6.2	Analisi per tipologia di disabilità	
2.6.3	Stime dei disabili nella Regione Molise ASREM	
2.7	Offerta Ospedaliera	
2.7.1	Strutture ospedaliere operanti nella regione Molise	
2.7.2	Riassetto della rete ospedaliera e nuova dotazione posti letto.....	
2.7.3	La nuova rete ospedaliera dopo la rimodulazione.....	
2.8	Analisi S.W.O.T.	
2.9	Obiettivi specifici, interventi progettuali, indicatori e fonti di verifica	
2.10	Obiettivi specifici, relazione illustrativa	
2.10.1	Macrolivello Assetto Organizzativo	
2.10.2	Macrolivello Assistenza Territoriale	
2.10.3	Macrolivello Assistenza Ospedaliera	
2.10.4	Obiettivi specifici	
3	SOSTENIBILITA' ECONOMICA E FINANZIARIA.....	
3.1	Razionale della sostenibilità economico-finanziaria	
3.2	Serie storica dei Modelli LA e CE	
3.3	Previsione modelli LA e CE per l'esercizio 2006 e per gli esercizi 2007-2009	
3.4	Risparmi attesi	
3.5	Allegati	

1 QUADRO NORMATIVO NAZIONALE E REGIONALE

1.1 Quadro nazionale

Con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 è stato previsto, in attuazione dell'articolo 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n.311, il rispetto e la verifica di una nutrita serie di adempimenti organizzativi e gestionali, in linea di continuità con i precedenti provvedimenti di contenimento della spesa e Accordi.¹ Tra questi, vanno menzionate le nuove forme di controllo per migliorare il monitoraggio della spesa sanitaria nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), i vincoli all'offerta ospedaliera, da attuarsi mediante il rispetto del nuovo standard di posti letto e la disincentivazione dei ricoveri per lungodegenza, e, infine, una complessa articolazione di meccanismi procedurali e di controllo.

Per le Regioni risultate inadempienti è prevista inoltre la possibilità di sottoscrivere un ulteriore accordo al cui rispetto sarà subordinata l'erogazione dell'acconto e del saldo finale del maggior finanziamento a carico dello Stato. Tale accordo si considera dovuto, e, quindi un adempimento, nel caso in cui la regione presenti per l'anno di riferimento un disavanzo pari o superiore al 7%.

Resta salvo, comunque, l'obbligo per le Regioni di garantire, 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, prevedendo l'adozione obbligatoria di misure volte al riequilibrio delle gestione, laddove necessarie, nonché l'eventuale decadenza del direttore generale.

Sempre al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, la **legge finanziaria per il 2006** (art. 1, commi 274 ss., della legge n.266/2005) conferma gli obblighi posti a carico delle Regioni con la citata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, intesi a garantire l'equilibrio economico-finanziario e il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza.

A questi si aggiunge l'obbligo di stipulare, entro il termine perentorio del 31 marzo 2006, specifici accordi regionali attuativi dell'accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, prevedendo di subordinare l'accesso all'indennità di collaborazione informatica al riscontro (mediante il supporto del sistema della tessera sanitaria) del rispetto della soglia del 70 per cento della stampa informatizzata delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche effettuate da parte di ciascun medico. La

¹ In particolare, si tratta degli obblighi previsti dal D.L. n. 374/2001, convertito in legge n. 405/2001, nonché dal D.L. n. 63/2002, convertito in legge n. 112/2002, oltreché dall'art. 52 della legge n. 289/2002, dal D.L. n. 269/2003, convertito in legge n. 326/2003, e infine dalla legge n. 350/2003.

manca stipula dei medesimi accordi regionali costituisce per le Regioni inadempimento.

La legge finanziaria 2005 ha poi previsto all'art. 1, comma 174 della L. 311/04, così come integrato dalla L. 266/05, un meccanismo di automatismo l'innalzamento al livello massimo delle aliquote IRPEF ed IRAP nelle Regioni che non coprono integralmente i disavanzi registrati a partire dall'anno 2005.

Tra le principali innovazioni che hanno interessato la gestione sanitaria relativa agli ultimi esercizi finanziari, è da ricordare poi la fissazione di nuovi tetti di spesa per l'assistenza farmaceutica. In particolare, il D.L. 30 settembre 2003, n.269, convertito nella legge 24 novembre 2003, n.326, recante "Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dei conti pubblici", aveva stabilito che l'onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) non dovesse superare il 16% della spesa sanitaria complessiva, a livello nazionale ed in ogni singola Regione, fermo restando il tetto del 13% relativo all'assistenza farmaceutica territoriale.

Nuove disposizioni sono state introdotte per implementare il monitoraggio della spesa nel settore sanitario e l'appropriatezza delle prescrizioni sanitarie. Il citato D.L. n. 269/2003 ha, infatti, previsto l'introduzione della nuova tessera magnetica del cittadino nonché dei modelli standardizzati di ricettari medici a lettura ottica.

Il presente documento viene redatto ai fini di quanto previsto dall'articolo 1 comma 180 della legge 13.12.2004, n. 311 e successive modifiche ed integrazioni, in allegato all'accordo previsto anche all'atto dell'Intesa Stato-Regioni del 23.05.2005 per la riattribuzione del maggiore finanziamento relativo agli anni 2001 – 2002 – 2003 – 2004 e 2005.

La Regione Molise, inoltre, con il presente documento chiede che l'accordo venga adottato anche ai sensi dell'articolo 1 commi 281 e 278 della legge 266/2005, per l'accesso alle quote di contributo concesse allo Stato per la copertura dei disavanzi sanitari per gli anni 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 e 2006.

La legge 30 dicembre 2004, n. 311, (legge finanziaria 2005) di programmazione economica nazionale, tra l'altro, stabilisce misure per il contenimento della spesa sanitaria che sono tradotte in adempimenti ai quali le regioni devono attenersi al fine di perseguire l'equilibrio economico finanziario.

Il mancato rispetto degli adempimenti di cui sopra e la violazione del principio dell'equilibrio del bilancio comportano, rispettivamente:

- la preclusione all'accesso al maggiore finanziamento previsto per gli anni 2005-2006 e 2007-2009, con immediato recupero delle somme eventualmente erogate;
- la mancata adozione di provvedimenti di ripiano, entro la data del 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento, comporta la nomina del Presidente della Giunta quale commissario *ad acta* per l'assunzione di atti necessari ad eliminare la perdita, ivi inclusi gli aumenti dell'addizionale IRPEF e le maggiorazioni dell'IRAP;
- l'impegno, da parte della Regione, alla sottoscrizione dell'accordo per la riattribuzione del maggiore finanziamento, anche in maniera parziale e graduale, in subordine alla verifica dell'effettiva attuazione del programma.

1.2 Quadro regionale

La Regione ha inserito gli obiettivi per il riordino del SSN, finalizzati al contenimento della spesa, mediante l'adozione di una serie di documenti finanziari, di seguito elencati:

- a) il Documento di Programmazione Economico-Finanziaria (DPEF) per il 2005, approvato dall'esecutivo regionale nella seduta del 15 novembre 2004, con deliberazione n. 1483, a seguito della disamina delle cause relative all'eccessivo costo dei servizi erogati, individuando le azioni da porre in essere per eliminare, progressivamente, il disavanzo strutturale, ossia:
 - costituzione dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale;
 - messa in liquidazione delle disciolte ASL;
 - ripiano dei disavanzi maturati;
- b) la Legge Finanziaria regionale 2005, del 07.02.2005, n. 5, al fine del contenimento della spesa prevede quanto segue:
 - all'art. 7 L.R. cit. : *“nello stato di previsione della spesa del bilancio regionale per l'esercizio finanziario 2005, alla UPB n. 430 è iscritto il finanziamento integrativo del SS previsto a carico dello Stato, di euro 44.006.169,82, il cui utilizzo può avvenire nel rispetto degli adempimenti previsti dalla normativa statale vigente”*;
 - all'art. 11 L.R. cit.: *“In coerenza con gli obiettivi sull'indebitamento netto le Aziende sanitarie sono tenute a raggiungere ed a conservare nella gestione l'equilibrio economico-finanziario. Ai fini del mantenimento dell'equilibrio di cui al comma 1 la Giunta regionale determina le modalità per la verifica trimestrale dei conti e per l'adozione delle misure per la riconduzione in equilibrio della gestione, nonché i termini per la decadenza del direttore generale, nel caso si prospettassero situazioni di squilibrio”*;
 - all'art. 12 L.R. cit.: *“A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge, le prestazioni sanitarie sono assoggettate, con modalità determinate con deliberazione di Giunta regionale, al sistema di partecipazione al costo da parte degli assistiti, secondo le previsioni contemplate dall'articolo 3, comma 7, e dagli articoli 4, 5, 6 e 7 del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124. Le prestazioni di assistenza farmaceutica sono assoggettate al sistema di partecipazione al costo da parte degli assistiti, secondo le modalità determinate con deliberazione di Giunta regionale, nel rispetto del tetto di spesa imposto dalla vigente legislazione nazionale. Per i farmaci, comprese le specialità medicinali il cui principio attivo non è protetto da brevetto o da certificato complementare di cui alla legge 19 ottobre 1991, n. 349, aventi il prezzo di riferimento più basso, è esclusa, entro i limiti di reddito stabiliti dalla deliberazione di Giunta regionale, la partecipazione al costo delle prestazioni.”*;

La Regione Molise ha avviato, a partire dall'anno 2002, una decisa riforma strutturale del sistema sanitario al fine del monitoraggio, della qualificazione e del contenimento della spesa ospedaliera che ha portato alla istituzione di un'unica Azienda Sanitaria Regionale, costituita con la L.R. n. 9 del 1° aprile 2005: “ *Riordino del Servizio Sanitario Regionale*” e relative deliberazioni attuative di Giunta Regionale: DGR n. 1867 del 26.12.05, con la quale si è provveduto alla costituzione della ASREM ed alla nomina del Direttore Generale e D.G.R. n. 1881 del 30.12.05, relativa alla nomina dei Direttori di Zona della neocostituita ASREM.

In particolare, si è proceduto ad emanare una serie di provvedimenti, al fine di ricondurre la gestione ad un unico soggetto (ASREM), tra i quali:

- D.G.R. del 29 luglio 2002, n. 1187 “Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza”;
- D.G.R. del 29 luglio 2002, n. 1188, inerente “interventi urgenti in materia di spesa sanitaria”;
- D.G.R. del 29 luglio 2002, n. 1189 “Direttiva vincolante per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie”;
- D.G.R. del 3 maggio 2004, n. 610 “Direttiva vincolante per i direttori generali delle Aziende sanitarie”;
- D.G.R. del 18 ottobre 2004, n. 1347 relativa all'integrazione della direttiva vincolante ai direttori generali delle ASL per gestire la fase transitoria per il passaggio alla ASL unica regionale;
- D.G.R. n. 1423 del 3 novembre 2004 e n. 3 dell'8 marzo 2005: costituzione e nomina componenti della struttura regionale per gli acquisti sanitari;

Con specifico riferimento alla spesa farmaceutica, sono state adottate varie deliberazioni di Giunta Regionale, con le quali, si è provveduto al monitoraggio ed al controllo della summenzionata spesa; si riportano di seguito le principali:

- n.884 del 11.09.2001, n. 946 del 02.10.2001, n. 1188 del 29.07.2002, n. 1265 del 08.08.2002, n. 184 del 17.02.2003, n. 1224 del 17.03.2003, n. 1754 del 30.12.2003, n. 109 del 12.02.2004, n. 1461 del 15.11.2004 e n. 1778 del 30.12.2004.

In applicazione di quanto previsto dalla L.R. 9/05, la Regione Molise assicura l'erogazione ed il mantenimento dei LEA (livelli essenziali di assistenza), mediante un'Azienda Sanitaria comprendente l'intero territorio regionale. Tale Azienda è suddivisa in Zone Territoriali, articolate in distretti che includono i vari stabilimenti e presidi ospedalieri, dotati di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con un sistema di contabilità separato all'interno del bilancio AS.Re.M e soggetto a rendicontazione analitica. Parallelamente a tale processo, le ex-Aziende Sanitarie sono state poste in liquidazione, mediante la nomina ad opera del Direttore Generale di Commissari Liquidatori.

Tale nuovo soggetto giuridico è subentrato nella titolarità dei beni patrimoniali, nei rapporti di lavoro e contrattuali, in essere alla data della sua costituzione, fatta eccezione per i rapporti derivanti dalle precedenti gestioni delle ex ASL.

Con Deliberazione di G.R. n. 593 del 16.03.05 si è provveduto all'assegnazione di fondi alle ASL, nel rispetto delle percentuali LEA, stabilite in sede di Conferenza Stato-

Regioni, con vincolo per i Direttori Generali ad ottemperare alle disposizioni in materia sanitaria, contenute nella citata legge 30 dicembre 2004, n. 311.

Con deliberazione n. 737 del 31.05.2006 “*art. 8 Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005, attuativo del comma 180 dell’articolo unico della L. 311/04 – richiesta stipula accordo con Ministero della Salute, Ministero dell’Economia e delle Finanze*” si è provveduto ad approvare una delle proposte di programma operativo di rientro, formulata dall’ente regionale ai competenti ministeri, successivamente integrata con DGR n. 919 del 29 giugno '06 e n. 1606 del 14 novembre '05, quest’ultima relativa alla proposta dello “Schema di Accordo” per il perseguimento dell’equilibrio di bilancio ai succitati ministeri.

1. 3 Correlazione tra Piano e gli ordinari strumenti della programmazione

Con il presente Piano la Regione Molise assume l'impegno di adeguare il P.S.R. alle indicazioni del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, in attuazione di quanto disposto dall'articolo 1, comma 281 della legge 23 dicembre 2005, n.266, in relazione alle disposizioni regionali da adottarsi entro il 30/06/2007 per il perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, di cui alle linee guida allegate (allegato A1)

1.3 Patto per la Salute e Legge Finanziaria 2007

Nel quadro normativo sopra descritto si inserisce il nuovo Patto per la salute sottoscritto da Governo e Regioni il 28.09.2006 , sul quale la Conferenza Stato-Regioni ha espresso intesa il 5 ottobre 2006 , i cui contenuti sono stati trasfusi nella legge 27 dicembre 2006, n.296 (legge finanziaria 2007).

Tale Patto introduce novità importanti rispetto al passato, in particolare con riferimento alle disposizioni relative agli impegni delle Regioni interessate ai Piani di rientro, che di seguito sinteticamente vengono riportati:

- **Accesso al fondo transitorio** (punto 3 patto e art.1, comma 796 lettera b) della legge 27 dicembre 2006, n.296):

- sottoscrizione dell'accordo ai sensi dell'articolo 1 comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n.311, comprensivo di un Piano di rientro;
- indicazione sia delle misure di riequilibrio del profilo erogativo dei Livelli Essenziali di Assistenza, per renderlo conforme a quello desumibile dal vigente Piano Sanitario Nazionale e dal vigente DPCM di fissazione dei LEA, sia delle misure necessarie all'azzeramento del disavanzo entro il 2010, sia gli obblighi e le procedure previsti dall'articolo 8 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;
- istituzione di un Fondo transitorio per le regioni in difficoltà il cui accesso è subordinato alla sottoscrizione del suddetto accordo;
- l'accesso presuppone che sia scattata formalmente in modo automatico o che sia stato attivato l'innalzamento ai livelli massimi dell'aliquota di addizionale Irpef e della maggiorazione Irap.
- indicazione, qualora durante il procedimento di verifica annuale del piano si prefigurino il mancato rispetto di parte degli obiettivi intermedi di riduzione del disavanzo contenuti nel piano di rientro, delle misure equivalenti che la Regione può proporre e che devono essere approvate dal Ministero della salute e dell'economia e finanze.
- indicazione che , in ogni caso l'accertato verificarsi del mancato raggiungimento degli obiettivi intermedi comporta che, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo, l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive si applicano oltre i livelli massimi previsti dalla legislazione vigente fino all'integrale copertura dei mancati obiettivi;
- indicazione che qualora invece sia verificato che il rispetto degli obiettivi intermedi è stato conseguito con risultati ottenuti quantitativamente migliori, la regione interessata può ridurre, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo, l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto.

- **Individuazione delle misure di copertura dei disavanzi pregressi** (punto 1.4 patto e art.1, comma 796 lettera e) della legge 27 dicembre 2006, n.296) :

In via straordinaria, per le Regioni che abbiano stipulato l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della richiamata legge 311/2004 sono considerate idonee forme di copertura dei disavanzi pregressi, cumulativamente registrati e certificati fino al 2005, al

netto per l'anno 2005 della copertura derivante dell'incremento automatico delle aliquote, in deroga a quanto previsto dalla predetta Intesa, con misure a carattere pluriennale derivanti da specifiche entrate certe e vincolate.

- **Accreditamento** (punto 4.9 patto e art.1, comma 796 lettere s), t) e u) della legge 27 dicembre 2006, n.296) :

E' prevista l'indicazione dei provvedimenti da adottare in materia di cui:

- viene individuata nel 1 gennaio 2008 la data a partire dalla quale devono considerarsi cessati i transitori accreditamenti delle strutture private già convenzionate, ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, non confermati da accreditamenti provvisori o definitivi disposti ai sensi dell'articolo 8-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;
- viene individuata nel 1° gennaio 2010 la data a partire dalla quale cessano gli accreditamenti provvisori delle strutture private, di cui dell'articolo 8-*quater*, comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-*quater*, comma 1 del medesimo decreto;
- viene individuata nel 1° gennaio 2008, la data a partire dalla quale non possono essere concessi nuovi accreditamenti, ai sensi del d. lgs 229/1999, in assenza di un provvedimento regionale di ricognizione e conseguente determinazione ai sensi dell'articolo 8-*quater*, comma 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni. Tale provvedimento è trasmesso al Comitato di verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Per le Regioni impegnate nei Piani di rientro, le sopra menzionate date del 1° gennaio 2008 sono anticipate al 1° luglio 2007 per le regioni nelle quali entro il 31 maggio 2007 non si sia provveduto ad adottare o aggiornare, adeguandoli all'esigenza di riduzione strutturale dei disavanzi, i provvedimenti di cui all'articolo 8 quinquies commi 1 e 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni.

- **Piano regionale di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera** (patto punto 4.18 e art.1, comma 796 lettera l), punto2 della legge 27 dicembre 2006, n.296) : da adottare entro il 28 febbraio 2007;
- **Piano regionale di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio** (art.1, comma 796 lettera o), della legge 27 dicembre 2006, n.296) : da adottare entro il 28 febbraio 2007;

L'obiettivo del piano, da adottare entro il 28.2.2007, è l'adeguamento degli standard organizzativi e di personale coerenti con i processi di efficientamento resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate.

-Adozione dei provvedimenti regionali , in attuazione delle modifiche da apportarsi al DPCM del 29 novembre 2001 di definizione dei LEA finalizzate all'inserimento, nell'elenco delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, delle prestazioni già erogate in regime di ricovero ospedaliero, nonché alla integrazione e modificazione delle soglie di appropriatezza per le prestazioni di ricovero

ospedaliero in regime di ricovero ordinario diurno. (articolo 1, comma 796 , lettera q) della legge 27 dicembre 2006, n. 296)

- Adozione di provvedimenti per recuperare le somme dovute dai cittadini , anche esenti, in caso di mancato ritiro di risultati di visite o esami diagnostici con decorrenza 1° gennaio 2007__(art.1, comma 796 lettera r), della legge 27 dicembre 2006, n.296):

- Previsione di assumere come base d'asta nel 2007 sulla base dei più bassi prezzi unitari di acquisto dei dispositivi medici e invio al ministero della salute dei dati relativo al biennio 2005-2006 2007 (art.1, comma 796 lettera v), della legge 27 dicembre 2006, n.296):

-Disposizioni da adottare entro il 28 febbraio 2007 per individuare i responsabili dei procedimenti applicativi delle disposizioni in materia di off label_ (art.1, comma 796 lettera z), della legge 27 dicembre 2006, n.296)

Impegno generale a dare attuazione a tutti i provvedimenti amministrativi che verranno adottati in attuazione del patto per la salute con riferimento a:

- revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza
- indicatori
- programma nazionale per la promozione permanente della qualità nel SSN;
- indirizzi per realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino
- diffusione di linee guida e protocolli per la razionalizzazione dei percorsi diagnostici e di cura
- indirizzi per la razionalizzazione della funzione ospedaliera
- indirizzi per garantire l'integrazione tra erogatori pubblici e privati in relazione all'esigenza della qualità nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione
- invio di dati al NSISs per il monitoraggio delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e farmaceutica convenzionata, distribuzione diretta dei farmaci, distribuzione per conto e monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera, assistenza protesica e assistenza integrativa.

- Adeguamento alle disposizioni in materia di personale(articolo 1, comma 565 della legge 27 dicembre 2006, n.296 ed al patto per la salute)

- Alla verifica degli adempimenti conseguenti provvede il tavolo ex articolo 12 (punto 3.1 patto per la salute e art 1, comma 796, lettera c) della legge 27 dicembre 2006, n.296).

1. 5 Accordi di programma

La Regione Molise si impegna a garantire che i programmi di cui agli Accordi di programma ai sensi dell'articolo 5 bis del dlgs 30 dicembre 1992, n.502 e s. m. e i. siano coerenti con gli interventi previsti dal presente Piano.

1. 6 Verifica dell'erogazione dei LEA

La Regione Molise si impegna a fornire gli elementi documentali per la verifica degli adempimenti 2005 sia al Tavolo per la verifica degli adempimenti presso il Ministero dell'economia e finanze di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005 e al Comitato LEA di cui all'articolo 9 della medesima Intesa

Garantire entro il 30 ottobre 2005 ed a tale scopo adottare misure specifiche dirette a prevedere che, ai fini della confermabilità dell'incarico del direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, il mancato rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel nuovo sistema informativo sanitario costituisce grave inadempienza.

La Regione ha adottato nella seduta del 09 febbraio 2007 la delibera n. 107 ” *Decadenza automatica dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere.*”

Adottare i criteri e le modalità per l'erogazione delle prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse, in attuazione del punto 4.3 dell'Accordo Stato Regioni del 22 novembre 2001. La relativa verifica avviene secondo le modalità definite nell'accordo Stato Regioni del 1° luglio 2004, atto rep. n. 2035, (articolo 52, comma 4, lettera b), della legge 27 dicembre 2002, n.289);

La Regione ha adottato nella seduta del 09 febbraio 2007 la DGR n. 104 ” *Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei L.E.A. art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23.3.2005. Adempimenti anno 2005. Presa d'atto valutazione tecnico-istruttoria Organismo di supporto ed approvazione integrazione delibera di G.R. 1409/2004.*” per l'aggiornamento dei valori di soglia della DGR 1409/2004.

Trasmissione al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e delle finanze dei provvedimenti con i quali sono stati adottati i contenuti degli accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-Regioni successivamente all'entrata in vigore

del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive integrazioni, limitatamente agli accordi rilevanti, ai fini dell'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

La Regione ha adottato nella seduta del 09 febbraio 2007 la DGR n 105 *“Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 23 marzo 2005 (rep. Atti n. 2271), art. 4, comma 1, lettera i). Verifica degli adempimenti regionali ai fini dell'accesso all'integrazione al finanziamento per l'anno 2004. Atto di ricognizione complessiva degli accordi.”*

Adottare lo standard di dotazione media di 5 posti letto per mille abitanti di cui l'1 per mille riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie (articolo 3, comma 4, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405), così come integrato da quanto convenuto all'articolo 4, comma 1, lettera a) della presente intesa;

La Regione ha adottato ha adottato nella seduta del 27 febbraio 2007 la DGR n 167; *“Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei L.E.A. art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23.3.2005. Adempimenti 2005 3.1 e 3.2 e integrazione Programma Operativo triennio 2007-2009 accordo ai sensi dell'art. 1 comma 180 della legge 311/2004. Chiusura dei posti letto e l'adozione dello standard dei 4,5+0,5% posti letto per 1.000 abitanti per il riordino posti letto rete ospedaliera regionale.”*

Adottare, entro il 30 settembre 2005, di provvedimenti che prevedano uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungo degenza post acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Rispetto a tali standard è compatibile una variazione che, in ogni caso, non può superare il 5% in più in rapporto alle diverse condizioni demografiche delle Regioni. I provvedimenti da adottare per il raggiungimento di tale obiettivo devono prevedere il raggiungimento dello standard entro l'anno 2007, precisando gli obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006, oggetto di verifica;

La Regione ha adottato ha adottato nella seduta del 27/02/2007 la DGR n 167; *“Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei L.E.A. art. 9 Intesa Stato-Regioni del 23.3.2005. Adempimenti 2005 3.1 e 3.2 e integrazione Programma Operativo triennio 2007-2009 accordo ai sensi dell'art. 1 comma 180 della legge 311/2004. Chiusura dei posti letto e l'adozione dello standard dei 4,5+0,5% posti letto per 1.000 abitanti per il riordino posti letto rete ospedaliera regionale.”*

Stabilire, nella definizione delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, un valore soglia di durata della degenza per i ricoveri ordinari nei

reparti di lungo degenza, oltre il quale si applica una significativa riduzione della tariffa giornaliera, fatta salva la garanzia della continuità dell'assistenza. In fase di prima applicazione fino all'adozione del relativo provvedimento regionale, il valore soglia è fissato in un massimo di 60 giorni di degenza, con una riduzione tariffaria pari ad almeno il 30% della tariffa giornaliera piena.

La Regione ha adottato nella seduta del 09/02/2007 la DGR n. 111; *“Decreto del Ministero della Salute del 12-09-06: Ricognizione e primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie (Pubblicato in G.U. suppl. ord. Numero 289 del 13-12-06). Provvedimenti”*

A seguito di quanto richiesto dal Comitato Lea, la Regione Molise ha comunicato di avere adottato nella seduta della Giunta Regionale del 9 febbraio 2007 le seguenti delibere:

N. 102 - Oggetto: "comma 796 legge 27 dicembre 2006 lettere t) e u). Comitato regionale per l'accreditamento delle strutture sanitarie-CRASS".

N. 103 – D.Lgs.. 502/92 e s.m.i. Schema di accordo contrattuale per lo svolgimento di prestazioni assistenziali in regime di ricovero e specialistica ambulatoriale. Indirizzi.

N. 106 - Recepimento accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano per l'attuazione del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 (rep. Atti 1812 del 24 luglio 2003).

N. 108 - Presa d'atto per l'attività svolta per la corretta applicazione delle indicazioni regionali sulle modalità e priorità d'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche ambulatoriali e in regime di ricovero e sui tempi massimi d'attesa, secondo la D.G.R. 1420 del 3 novembre 2004 in recepimento dell'Accordo Stato-Regioni dell' 11 luglio 2002 e del DPCM del 16 aprile 2002. Presa d'atto e approvazione del "Piano sperimentale operativo per la riduzione dei tempi d'attesa e il miglioramento dell'appropriatezza della domanda delle prestazioni specialistiche ambulatoriali".

N. 109 - Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Indicatori per la verifica dei risultati ottenuti dalla rete di assistenza ai pazienti terminali e per la valutazione delle prestazioni erogate" sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 13 Marzo 2003 - Recepimento.

N. 110 - Accordo 8 maggio 2003 tra i Ministri della Salute, dell'Ambiente e della Tutela del Territorio, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, per l'adozione dei Piani nazionali triennali di sorveglianza sanitaria ed ambientali e su eventuali derivanti dall'utilizzazione dei prodotti fitosanitari (Rep. Atti n. 1709).

N. 112 - Accordo 25 luglio 2002 tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente "linee guida per la prevenzione sanitaria e per lo svolgimento delle attività del Dipartimento di Prevenzione delle ASL" (Rep. Atti n. 1493).

A seguito di quanto richiesto dal Comitato Lea, la Regione Molise ha comunicato di avere adottato nella seduta della Giunta Regionale del 27 febbraio 2007 le seguenti delibere:

N. 163 – Patto per la salute legge finanziaria 2007. Integrazioni programma di rientro pervenuto in data 23/02/07 al protocollo 3745. Linee di indirizzo.

N. 164 – Piano di realizzazione tessera sanitaria.

N. 165 – Linee guida in attuazione del D.M. 12/05/2006 “Requisiti minimi per l’istituzione l’organizzazione e il funzionamento dei comitati etici per le sperimentazioni cliniche dei medicinali”.

N. 166 – Piano Regionale di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio (art. 1, comma 796 lettera O) L. 27 dicembre 2006 n° 296 (Legge finanziaria 2007). Provvedimenti.

N. 168 – Legge 27 dicembre 2006, n°296, lettera Z “Terapie al di fuori delle condizioni di autorizzazione all’immissione in commercio” (Off-label). Provvedimenti.

N. 169 – Legge 27 dicembre 2006, n°296, art. 1 comma 796, lettera I) punto 2: Piano per il contenimento della spesa farmaceutica non convenzionata”. Provvedimenti.

A seguito di quanto richiesto dal Comitato Lea, la Regione Molise ha comunicato di avere adottato nella seduta della Giunta Regionale del 6 marzo 2007 le seguenti delibere:

N. 181 – Determinazione tetti di spesa per gli accreditati (Assistenza ospedaliera, specialistica, riabilitativa, integrativa e altre prestazioni sanitarie per gli anni 2007, 2008, 2009). Nota mail del Ministero della Salute – MEF – ex art. 9 Intesa Stato-Regioni 23/03/05. Provvedimenti.

N. 182 – Perseguimento equilibrio di bilancio per gli esercizi dal 2006 al 2009. “Piano di Rientro”. Triennio 2006/2009. Atto ricognitivo e di delega.

N. 183 – Legge 27/12/2006, N. 296 (Legge finanziaria 2007), art. 1, comma 565. Provvedimenti.

N. 184 – Piano regionale di contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e in regime di ricovero ospedaliero- Adempimenti ex accordo Stato-Regioni 28/03/2006.

La Giunta Regionale nella seduta del 19 marzo 2007 ha adottato le seguenti delibere:

N. 243 – Tetti di spesa per gli accreditati (assistenza ospedaliera, specialistica, riabilitativa, integrativa e altre prestazioni sanitarie per gli anni 2007, 2008, 2009). Deliberazione n. 181/2007. Nota mail MEF 11.3.2007 prot. n. 4671 e del 14.3.2007 prot. n. 4966.

N. 244 – Deliberazione n. 183 del 6 marzo 2007 recante: “Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007) articolo 1 comma 565. Provvedimenti”. Integrazione.

N. 245 – DGR n. 102 del 09/02/07. Presa d’atto risultanze incontri e riunioni del CRASS e provvedimento proroga termini.

1.7 Il programma operativo: obiettivi generali e specifici

La redazione del programma operativo, che si correla con la normativa nazionale e regionale vigente innanzi richiamata, si propone di rappresentare gli interventi e le azioni finalizzate alla realizzazione degli obiettivi, generali e specifici, di seguito esposti con le seguenti premesse:

- 1) L'equilibrio economico e finanziario attraverso la riduzione strutturale del disavanzo, nel rispetto del mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza, ai sensi e per gli effetti della legge 311/2004 e della legge 266/2005;
- 2) La rimodulazione del sistema dell'offerta dei LEA attraverso la riqualificazione del macrolivello ospedaliero, il potenziamento dei macrolivelli dell'assistenza sanitaria collettiva e dell'assistenza territoriale finalizzata al miglioramento dell'integrazione socio-sanitaria;
- 3) Rispetto dei vincoli di cui alla legge n°296/06 (finanziaria 2007).

Gli obiettivi generali esposti possono essere suddivisi per macro-livello LA, ovvero:

- a) macrolivello assetto organizzativo;
- b) macrolivello assistenza ospedaliera;
- c) macrolivello assistenza territoriale.

Gli obiettivi specifici tendono alla modifica del quadro generale del Servizio Sanitario Regionale, determinando sia la ristrutturazione fisica ed organizzativa del sistema, sia l'allocazione delle risorse finanziarie.

1. 8 Obiettivi operativi: interventi progettuali ed azioni puntuali

Il conseguimento degli obiettivi specifici è subordinato all'attuazione di obiettivi operativi, che si sostanziano in una "scomposizione" dell'obiettivo specifico e si traducono, nel medio/breve periodo, in interventi.

L'articolazione degli obiettivi operativi avviene per singolo obiettivo specifico, in altri termini, ciascun obiettivo specifico si compone di più obiettivi operativi.

Il conseguimento degli obiettivi operativi avviene attraverso interventi progettuali, che rappresentano vere e proprie azioni puntuali di riforma, attuate attraverso atti e provvedimenti amministrativi, i cui risultati costituiscono fonte di verifica.

Nello specifico, gli interventi progettuali vengono anticipati dall'analisi SWOT, il cui contenuto costituisce il tracciante per le azioni che nel seguito vengono puntualmente descritte, attraverso la valutazione comparata dei punti di forza e di debolezza.

Significativamente, è stato sviluppato un "albero" delle azioni allocate in tre macrolivelli, le cui competenze si ripartiscono in azioni proprie regionali (1° macrolivello) ed in azioni proprie dell'Azienda Sanitaria (2° e 3° macrolivello).

2 SVILUPPO DEI CONTENUTI DEL PIANO

2.1 Analisi del contesto

2.1.1 Il territorio

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

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

Superficie Territoriale	
Kmq	4.425
Montagna	55,3%
Collina	44,7%

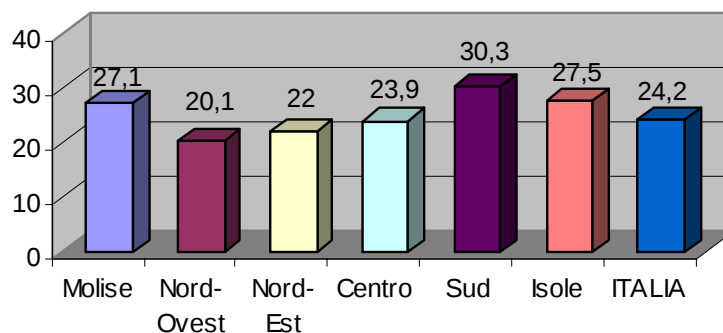
2.1.2 La viabilità

Pur nella sua estensione, non ha una viabilità fra le migliori. Sono poche le strade a scorrimento veloce e i pochi chilometri di autostrada limitati alla sola zona costiera.

La percorrenza media per raggiungere, dai comuni periferici, i principali centri erogatori di servizi varia da 10 minuti a 40 minuti con automezzo, e può superare i 45 minuti se con autobus, nonostante la rete dei mezzi di trasporto sia ormai estesa alla totalità dei comuni.

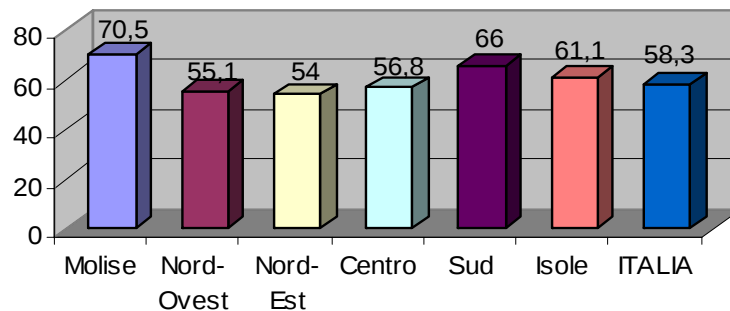
% Famiglie che hanno difficoltà a raggiungere un farmacia
(fonte dati ISTAT)

Tab G001



**%Famiglie che hanno difficoltà a raggiungere un
prontosoccorso (fonte dati ISTAT)**

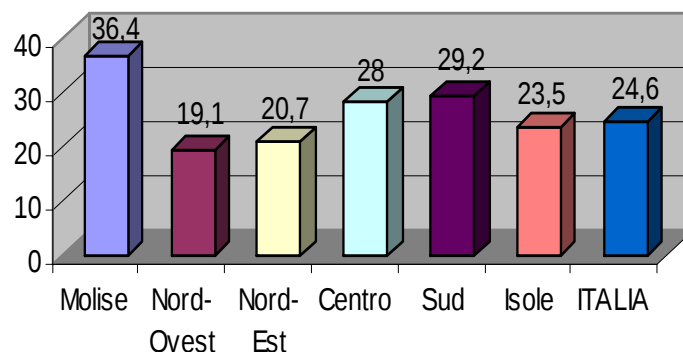
Tab G002



Dall'indagine condotta dall'ISTAT nel 2002, emerge che il 27,1% delle famiglie molisane contro il 24,2% a livello nazionale ha difficoltà a raggiungere una farmacia, sono 70,5% (58,3% nazionale) le famiglie ad avere difficoltà a raggiungere un pronto soccorso e 36,4% (24,6% nazionale) ad avere difficoltà a raggiungere la scuola media inferiore.

**%Famiglie che hanno difficoltà a raggiungere la scuola media
inferiore (fonte dati ISTAT)**

TabG003



2.1.3 Contesto economico (provinciale)

In Molise tutti gli indicatori economici presi in esame evidenziano una situazione di ritardo nello sviluppo rispetto al resto del Paese.

Il tasso di attività regionale, pari a 44,60 appartenenti alla forza lavoro per cento abitanti nel 2003, è inferiore alla media nazionale (49,08 per cento). A livello provinciale il tasso di attività passa dal 46,59 per cento nella provincia di Isernia al 43,87 per cento nella provincia di Campobasso, con un rapporto Uomini Donne, nettamente favorevole ai primi

Tasso di attività					Tab A002
	1999	2000	2001	2002	2003
Campobasso	45,62	45,86	45,81	44,84	43,87
Isernia	44,61	43,14	46,25	47,01	46,59
Molise	45,34	45,11	45,93	45,43	44,60
ITALIA	47,91	48,19	48,45	48,76	49,08

Fonte dati ISTAT (TabA001)

Tasso di attività - Maschi					Tab A003
	1999	2000	2001	2002	2003
Campobasso	59,57	59,62	58,36	58,20	57,71
Isernia	57,55	55,72	58,60	58,48	59,01
Molise	59,02	58,56	58,43	58,28	58,06
ITALIA	61,48	61,57	61,45	61,66	61,97

Fonte dati ISTAT (TabA002)

Tasso di attività - Femmine					Tab A004
	1999	2000	2001	2002	2003
Campobasso	32,50	32,85	33,95	32,41	30,95
Isernia	32,71	31,69	35,00	36,14	34,89
Molise	32,55	32,52	34,24	33,42	32,01
ITALIA	35,33	35,78	36,38	36,78	37,10

Fonte dati ISTAT (TabA003)

Il tasso di disoccupazione totale, pari al 12,28 per cento, è superiore alla media nazionale (8,68 per cento). Nello specifico, la disoccupazione regionale femminile (18,76 per cento) è doppia rispetto a quella maschile (8,46 per cento). Isernia presenta una situazione occupazionale interna migliore rispetto alla situazione di Campobasso, come mostrano i dati sulla disoccupazione maschile e femminile:

il 7,79 per cento degli uomini e il 17,62 per cento delle donne risultano inoccupati nella provincia di Isernia, a fronte rispettivamente del 8,71 per cento e 19,23 per cento nella provincia di Campobasso.

Tasso di disoccupazione					Tab A005
	1999	2000	2001	2002	2003
Campobasso	17,54	15,37	14,59	12,57	12,55
Isernia	12,54	9,99	11,29	12,61	11,58
Molise	16,19	13,95	13,68	12,58	12,28
ITALIA	11,43	10,58	9,53	9,02	8,68

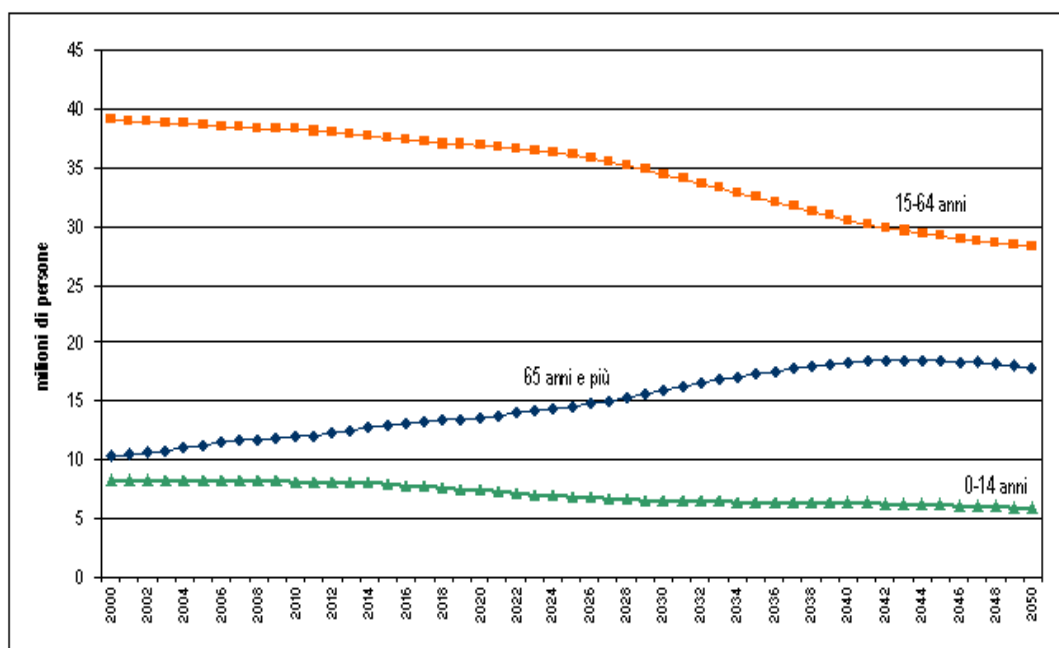
Fonte dati ISTAT (TabA004)

2.2 La popolazione

2.2.1 Dati Demografici nazionali

La dinamica della popolazione del nostro Paese è, senza dubbio, sia per intensità e velocità che per durata temporale del processo una delle più significative al riguardo.

Già adesso l'Italia è il primo Paese al mondo in cui la popolazione di ultra sessantacinquenni (18.05%) ha superato quella dei ragazzi con meno di 15 anni (14.28%)



TabG004

(fonte dati ISTAT).

Ma non meno importante sarà la dinamica dei decenni a venire, soprattutto per la attesa forte divaricazione fra andamento della popolazione con più di 65 anni e quella con meno di 65 anni.

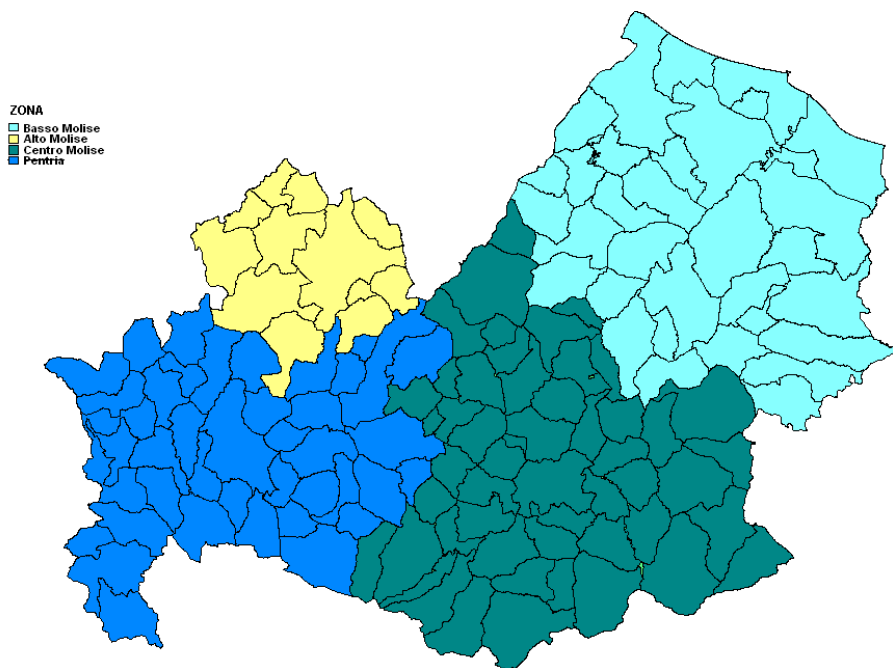
Secondo l'ipotesi media, che stando alle conoscenze attuali sembra la più probabile, nel 2010 gli ultra sessantacinquenni sarebbero più di 16 milioni (20.6% della Popolazione)

In termini relativi, rapportando le due code della distribuzione per età, ovvero gli ultra sessantacinquenni ai giovani con meno di 15 anni di età, la trasformazione rispetto al recente passato sarebbe ancor più straordinaria: se agli inizi degli anni '50 si contavano 3 giovani per ogni anziano e nel 1991 il rapporto era di 1:1; oggi, è già diventato di 1:1,45

Qualora si verificassero le condizioni previste nell'ipotesi media, che come si è visto ipotizza un lieve aumento della fecondità rispetto alle attuali condizioni, la proporzione nel 2010 sarebbe di 1,46 anziani per ogni giovane.

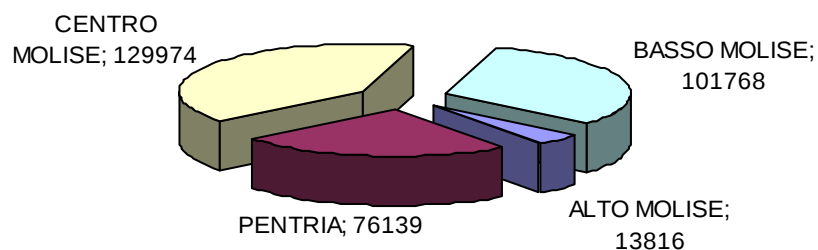
2.3 Dati demografici dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASReM).

L'ASREM, coincidente con il territorio della Regione Molise, ha una popolazione (ISTAT 1 gennaio 2005) di 321.697 abitanti, pari allo 0,6 per cento della popolazione italiana, suddivisa per l'assistenza sanitaria in 4 Zone e 13 Distretti Sanitari, per complessivi 136 comuni.



Popolazione per ZONA

TabG005



Contesto territoriale

TabA005

Zona (ex Asl)	Distretti Sanitari	Numero di comuni	Superficie in Km ²	Densità ab. per Km ²
1 Alto Molise	1	12	409	33.78
2 Pentria	3	40	1.106	68.84
3 Centro Molise	5	51	1.498	86.77
4 Basso Molise	4	33	1.412	72.07

La più piccola è la Zona Alto Molise con 13.816 abitanti concentrati per la massima parte nel centro cittadino di Agnone, la più grande è quella del Centro Molise con 129.974 abitanti.

Circa un terzo della popolazione è concentrata nelle tre principali città della regione:

Campobasso con 51.629 ab. Termoli con 30.816 ab. e Isernia con 21.361 ab.

I dati che descrivono la struttura per età della popolazione hanno forti analogie con il dato nazionale, seppure con una tendenza ad un maggiore invecchiamento:

ci sono in Molise il 14,22 per cento di bambini, contro il 14,26 per cento nazionale, mentre la popolazione con più di 65 anni è pari al 20,92 per cento a fronte del 18,26 per cento del Paese.

ITALIA	Classi età			Indicatori strutturali		
	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre	Vecchiaia	Dipendenza	Dipendenza degli anziani
1999	14,5	67,8	17,7	122,20	47,50	26,1
2000	14,4	67,6	18	124,50	47,90	26,6
2001	14,2	70,1	15,7	109,30	42,40	22,1
2002	14,2	67,1	18,7	131,40	49,10	27,9
2003	14,2	66,8	19	133,80	49,80	28,5
2004	14,2	66,6	19,2	135,87	50,09	28,9
2005	14,2	66,4	19,5	137,71	50,69	29,4
media	14,26	67,48	18,26	127,83	48,21	27,06

Fonte dati ISTAT (Tab A006)

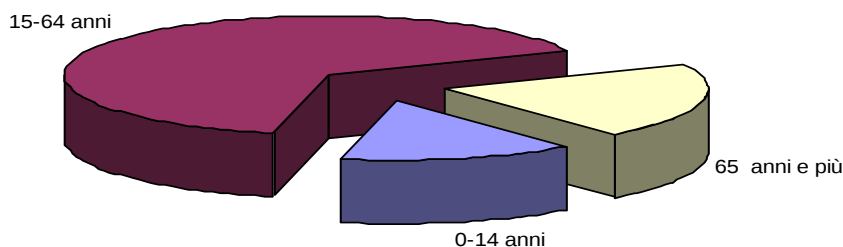
MOLISE	Classi età			Indicatori strutturali		
	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre	Vecchiaia	Dipendenza	Dipendenza degli anziani
1999	14,9	64,9	20,1	134,80	54,00	31,00
2000	14,7	64,7	20,6	140,40	54,60	31,90
2001	14,2	65,8	20	141,80	51,90	30,40

	Classi età			Indicatori strutturali		
2002	14,3	64,5	21,1	147,60	54,90	32,80
2003	14,1	64,6	21,4	151,90	54,80	33,10
2004	13,8	64,8	21,5	155,20	54,50	33,20
2005	13,6	64,7	21,8	160,42	54,64	33,66
media	14,22	64,85	20,92	147,45	54,19	32,29

Fonte dati ISTAT (Tab A007)

La popolazione in età lavorativa con età compresa tra i 15 e i 64 anni è pari al 64,85 per cento del totale a fronte del 67,48 per cento nazionale.

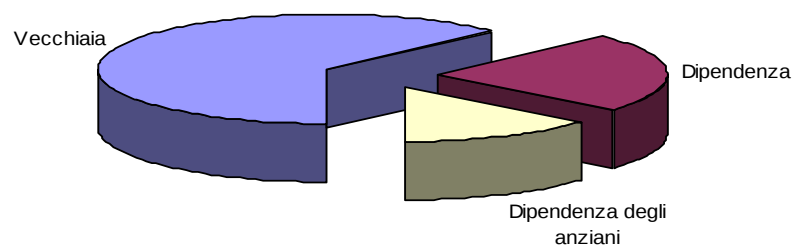
TabG006
Distribuzione della popolazione ASReM per classi d'età



Legati alla struttura per età della popolazione sono l'indice di vecchiaia che per il Molise nel periodo 1999-2005 è passato dal 134,8 % del 1999 al 160,4 % del 2005 con un valore medio pari al 145,45 % a fronte del 127,83 % nazionale e l'indice di Dipendenza strutturale con un valore medio nel periodo pari al 54,19 % a fronte del 48,21 % nazionale, a testimonianza di un maggiore peso della popolazione in età non produttiva nella Regione Molise rispetto al dato nazionale, con un peso in crescendo soprattutto della popolazione anziana di età superiore o uguale a 65 anni (Indice di Dipendenza strutturale degli anziani)

Indicatori strutturali della popolazione ASReM

TabG007



2.4 Proiezioni demografiche

Qualora si verificassero le condizioni previste nell'ipotesi media, che ipotizza un lieve aumento della fecondità e della natalità rispetto alle attuali condizioni che vedono il Molise ai più bassi livelli nazionali nel prossimo ventennio, assisteranno ad un ulteriore livellamento della popolazione verso le fasce d'età più anziane che soprattutto nell'ultimo quinquennio saranno rappresentate dall'età superiore ai settantacinque anni, cioè da quella fascia d'età che già oggi è più direttamente oggetto di interventi sia di tipo sanitario che socio sanitario e assistenziale.

		MOLISE	ITALIA	NORD	CENTRO	SUD
Natalità	2002	8,1	9,4	9,1	8,9	10,2
	2003	8,1	9,4	9,1	9,0	10,2
	2004	7,9	9,7	9,5	9,4	10,2

Crescita Naturale	2002	-2,5	-0,4	-1,3	-1,4	1,7
	2003	-3,0	-0,8	-1,7	-1,8	1,3
	2004	-2,8	0,3	-0,4	-0,7	1,9

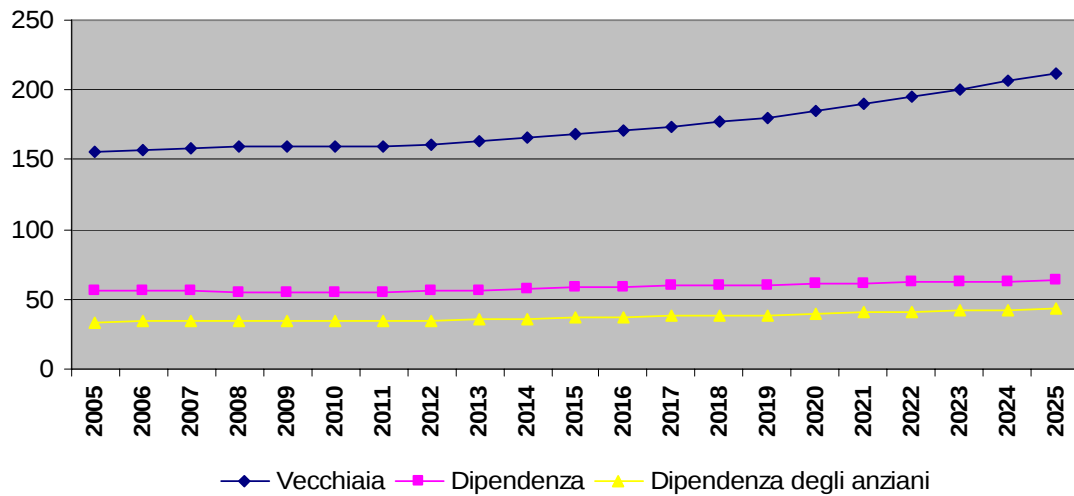
Saldo migratorio totale	2002	4,3	6,1	9,4	7,8	0,9
	2003	5,0	10,6	13,9	14,7	3,6
	2004	3,6	9,6	14,4	11,7	2,8

Crescita Totale	2002	1,8	5,7	8,1	6,4	2,6
	2003	2,0	9,8	12,2	12,9	4,9
	2004	0,8	9,9	14,0	11,0	4,7

Fonte dati ISTAT (Tab A008)

Indicatori strutturali ASReM
(stime calcolate su base dati ISTAT anno 2000)

TabG008



2.5 Analisi demografica per Zona

Zona	Classi età				Indicatori Strutturali		
	0-14 anni	15-64 anni	up65 anni	up75 anni	Vecchiaia	Dipendenza	Dipendenza anziani
Alto Molise	11,20%	59,15%	29,65%	15,95%	264,66	69,07	50,13
Pentria	13,23%	65,79%	20,98%	10,46%	158,65	52,00	31,89
Centro Molise	13,70%	64,22%	22,08%	10,65%	161,16	55,71	34,38
Basso Molise	13,93%	65,22%	20,85%	9,69%	149,64	53,33	31,97

Fonte dati ISTAT - anno 2005 (Tab A009)

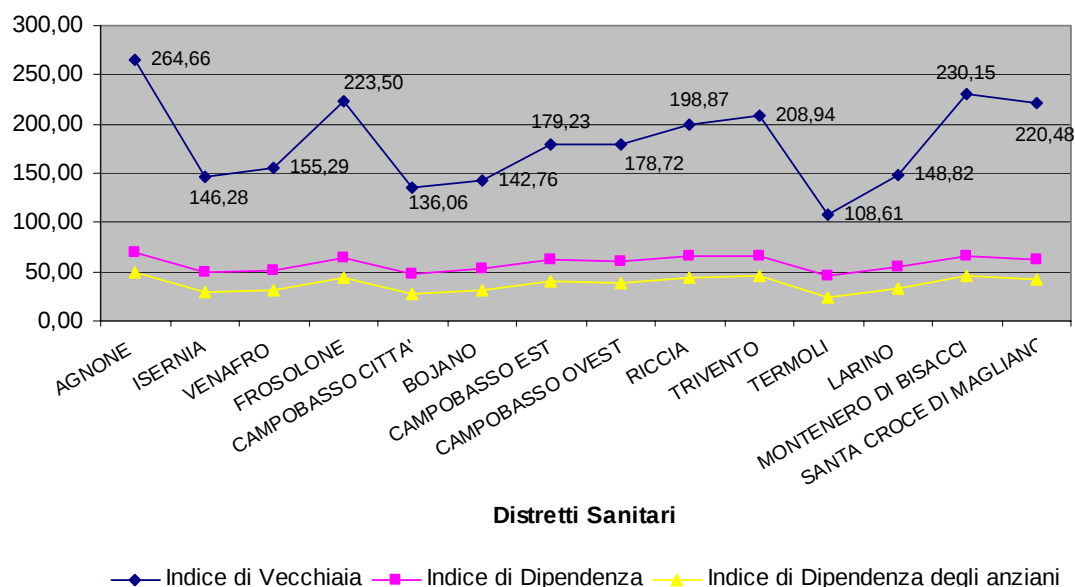
Analizzando i dati per zona, l'Alto Molise, coincidente con il Distretto Sanitario di Agnone, con un indice di vecchiaia di 264.66, e di dipendenza strutturale degli anziani di 50.13, si colloca al vertice, seguita a distanza dalla Centro Molise (161,16) e Pentria (158,65) mentre la zona con l'indice più favorevole è la zona Basso Molise (149,64).

Il maggior numero di "supervecchi", cioè di persone con più di settantacinque anni, sono presenti nella zona di Alto Molise con un tasso di 15,95% contro una media delle altre zone di circa 10%

Analizzando i dati per distretto sanitario, tuttavia non vi è una omogeneità per zona, ma nella stessa zona si possono avere oscillazioni anche cospicue, come nel caso della zona Basso Molise, dove da un valore di 108.61 del Distretto Sanitario di Termoli si passa a 230.15 in quello di Montenero di Bisaccia.

Indicatori Strutturali della popolazione ASReM
(elaborazione dati su base ISTAT 2005)

TabG009



2.6 La disabilità

2.6.1 Dati epidemiologici nazionali

La principale fonte di dati utilizzata per stimare il numero delle persone con disabilità presenti in Italia è l'indagine, anche se parziale, condotta dall'ISTAT sulle Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari anni 1999-2000.

In base alle stime ottenute dall'indagine sulla salute e il ricorso ai servizi sanitari, emerge che in Italia le persone con disabilità sono 2milioni 615mila, pari al 5% circa della popolazione di 6 anni e più che vive in famiglia.

La stima si basa su un criterio molto restrittivo di disabilità, quello secondo cui vengono considerate persone con disabilità le persone che nel corso dell'intervista hanno riferito una totale mancanza di autonomia per almeno una funzione essenziale della vita quotidiana.

Se consideriamo in generale le persone che hanno manifestato una apprezzabile difficoltà nello svolgimento di queste funzioni la stima allora sale al 13% della popolazione di 6 anni e più che vive in famiglia, dato vicino a quello dei principali paesi industrializzati.

Sfuggono tuttavia le persone che, soffrendo di una qualche forma di disabilità non fisica ma mentale, sono in grado di svolgere tali attività essenziali.

Per quanto riguarda la stima delle persone con disabilità che vivono in residenze e non in famiglia, i primi risultati provvisori della rilevazione sui presidi socio-assistenziali indica la presenza di 165.538 persone con disabilità o anziani non autosufficienti ospiti nei presidi socio-assistenziali.

Considerando quindi le persone con disabilità in famiglia e le persone con disabilità nei presidi si giunge ad una stima complessiva di poco più di 2milioni 800mila persone con disabilità.

E' bene chiarire ancora che si tratta di stime, che presumibilmente distorcono verso il basso il reale numero di persone con disabilità in Italia.

Poiché infatti le persone con disabilità in famiglia vengono rilevati tramite indagine campionaria col metodo dell'intervista (direttamente al disabile o a un suo familiare), non si può escludere che vi sia una sottostima, dipendente dal tipo di disabilità, dovuta alla mancata dichiarazione della presenza di persone con disabilità in famiglia.

Analizzando i dati nel dettaglio, si evidenzia come la presenza di disabilità sia correlata all'età: tra le persone di 65 anni o più la quota di popolazione con disabilità è del 19,3%, e raggiunge il 47,7% (38,7% per gli uomini e 52% per le donne) tra le persone di 80 anni e più.

I tassi di disabilità evidenziano una differenza di genere a svantaggio di quello femminile: le donne rappresentano infatti il 66% delle persone disabili e gli uomini solo il 34%, e in rapporto al totale della popolazione le donne hanno un tasso di disabilità del 6,2% mentre gli uomini del 3,4%.

Tale fenomeno è determinato in buona parte dall'evoluzione demografica, che ha causato un forte invecchiamento della popolazione, caratterizzato da una crescita della speranza di vita alla nascita per tutta la popolazione, ma in misura maggiore per le donne.

Nell'analisi della distribuzione territoriale emerge un differenziale tra l'Italia settentrionale e quella meridionale ed insulare. In particolare si osserva un tasso di disabilità del 6% nell'Italia insulare e del 5,2% nell'Italia Meridionale, mentre tale tasso scende al 4,4% nell'Italia Nord-Orientale e al 4,3% nell'Italia Nord-Occidentale e si attesta al 5.5% per il Molise.

2.6.2 Analisi per tipologia di disabilità

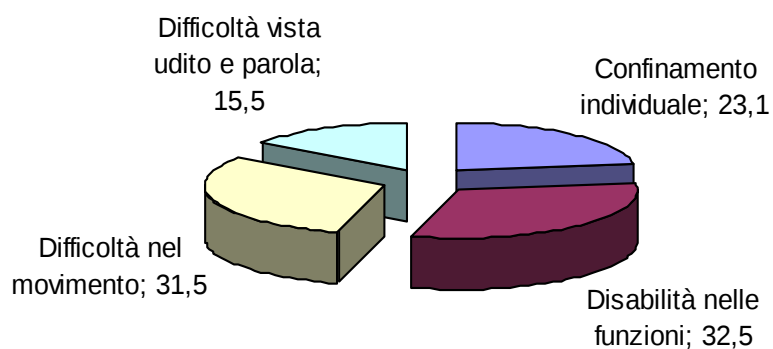
Dall'indagine è anche possibile identificare 4 tipologie di disabilità:

1. confinamento individuale (costrizione a letto, su una sedia non a rotelle o in casa);
2. disabilità nelle funzioni (difficoltà nel vestirsi, nel lavarsi, nel fare il bagno, nel mangiare);
3. disabilità nel movimento (difficoltà nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi);
4. disabilità sensoriali (difficoltà a sentire, vedere o parlare).

Persone di 6 anni e più disabili per tipo di disabilità, regione, ripartizione geografica e tipo di Comune. Anni 1999-2000 (per 1000 persone della stessa zona).					
		Tipo di Disabilità			
	Disabili	Confinamento individuale	Disabilità nelle funzioni	Difficoltà nel movimento	Difficoltà vista udito e parola
Piemonte	48,1	22,6	30,7	24,6	8,7
Valle d'Aosta	39,4	17,5	18,4	22,1	8
Lombardia	40,2	19,8	22,1	17,7	8,6
Trentino-Alto Adige	35	14,3	19,8	16,1	9,2
Veneto	39,8	16,9	21,9	18,4	9,7
Friuli-Venezia Giulia	42,3	20,3	22,7	19,1	12
Liguria	47,3	22,4	28,3	23	12,8
Emilia-Romagna	50,8	21,6	30,4	20,5	14,4
Toscana	55	21,1	35,7	28	9,9
Umbria	51	20,6	34,3	25,4	14,5
Marche	56	25,6	36	21,9	16,3
Lazio	41,6	16,3	22,6	17,5	10,9
Abruzzo	54,1	24	35,2	24,9	14,3
Molise	55,1	23,1	32,5	31,5	15,5
Campania	45,8	18,6	27,4	20,2	9,6
Puglia	53,9	26,3	32	23,2	11,7
Basilicata	54,8	22,8	32,8	24,4	14,5
Calabria	62,8	23,1	36,8	33,7	13,3
Sicilia	62,8	29,1	37,7	31,3	12,8
Sardegna	52	23,6	34,4	22,2	13,6
Italia	48,5	21,4	28,8	22,3	11,1

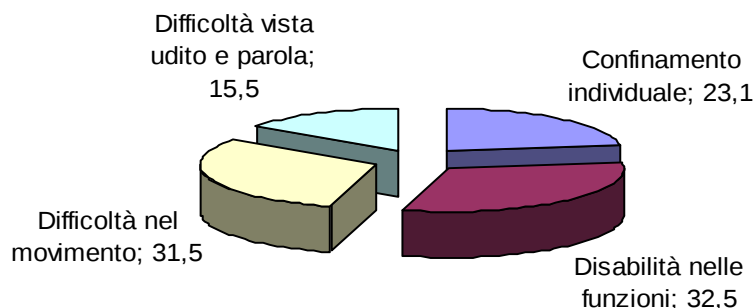
Tab A010

Disabili per tipologia di disabilità nella ASReM
(stime su base dati ISTAT anno 2000 in persone di 6 anni e più) TabG010



Disabili per tipologia di disabilità nella ASReM
(stime su base dati ISTAT anno 2000 in persone di 6 anni e più)

TabG011



Considerando i diversi livelli di disabilità, quello più grave è rappresentato dal confinamento, che implica la costrizione permanente in un letto, o su una sedia con livelli di autonomia nel movimento pressoché nulli, nonché il confinamento in casa per impedimento fisico o psichico.

Risulta confinato il 2,1% della popolazione di 6 anni e più e tra le persone di 80 anni e più la quota raggiunge circa il 25% (19% maschi e 28% femmine).

In merito alle altre tipologie di disabilità, si rileva che il 2,2% delle persone di 6 anni e più presenta disabilità nel movimento, con quote significative dopo i 75 anni: nelle persone di 80 anni e più il tasso raggiunge il 22,5% (con uno scarto di circa 7 punti percentuali tra maschi e femmine, a svantaggio di queste ultime: 17,6% per i maschi contro 24,8% per le femmine).

Circa il 3% della popolazione di 6 anni e più presenta invece difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane, cioè ha difficoltà ad espletare le principali attività di cura della propria persona (quali il vestirsi o spogliarsi; il lavarsi mani, viso, o il corpo; tagliare e mangiare il cibo, ecc.). Le persone che presentano questo tipo di limitazione e che quindi necessitano dell'aiuto di qualcuno per far fronte a queste elementari esigenze è tra i 75 ed i 79 anni circa il 12% mentre sale al 35,34% in quelle di 80 e più anni..

Le difficoltà nella sfera della comunicazione, quali l'incapacità di vedere, sentire o parlare, coinvolgono circa l'1% della popolazione di 6 anni e più e sale al 12,89% in quelle di 80 e più anni.

Ben il 33% delle persone con disabilità è portatore di almeno due disabilità contemporaneamente fra disabilità nelle funzioni, disabilità nel movimento e disabilità sensoriali, per cui la somma dei disabili secondo il tipo di disabilità è superiore al numero complessivo di disabili.

Di questi il 33% è rappresentato dal sesso maschile e il restante 67% da quello femminile.

Questa differenza è ancora spiegata in gran parte dalla differente distribuzione della popolazione maschile e femminile per età: più dell'80% delle persone con più tipologie di disabilità ha infatti un'età superiore ai 65 anni.

2.6.3 Stime dei disabili nella Regione Molise ASReM

Ipotizzando un trend costante nel tempo nell'andamento della prevalenza di disabilità nella popolazione di 6 anni e più, e che i tassi rilevati per la Regione Molise siano applicabili ai dati di popolazione, che come abbiamo visto nell'analisi demografica hanno un andamento molto simile a quello nazionale, si stima che nel Molise il numero di disabili diviso per tipologia di invalidità e il seguente:

Stima del numero di disabili per TIPO di disabilità in soggetti di 6 e più anni nella Regione Molise					
Anno	Confinamento individuale	Difficoltà nel movimento	Difficoltà nelle funzioni	Difficoltà vista udito, parola	Totale
2005	7114,89	10010,13	9702,13	4774,06	31601,21
2006	7099,05	9987,84	9680,52	4763,43	31530,83
2007	7086,04	9969,54	9662,78	4754,70	31473,06
2008	7074,38	9953,13	9646,88	4746,88	31421,25
2009	7064,65	9939,44	9633,61	4740,35	31378,06
2010	7055,94	9927,19	9621,74	4734,51	31339,38
2011	7047,58	9915,43	9610,34	4728,90	31302,23
2012	7038,71	9902,95	9598,24	4722,94	31262,84
2013	7028,22	9888,19	9583,94	4715,91	31216,26
2014	7016,23	9871,32	9567,59	4707,86	31163,01
2015	7002,97	9852,67	9549,51	4698,96	31104,11

Stime elaborate su base dati ISTAT anno 2000 (Tab A011)

NB: dal momento che ben il 33% delle persone con disabilità è portatore di almeno due disabilità contemporaneamente fra disabilità nelle funzioni, disabilità nel movimento e disabilità sensoriali, la somma dei disabili secondo il tipo di disabilità è superiore al numero complessivo di disabili.

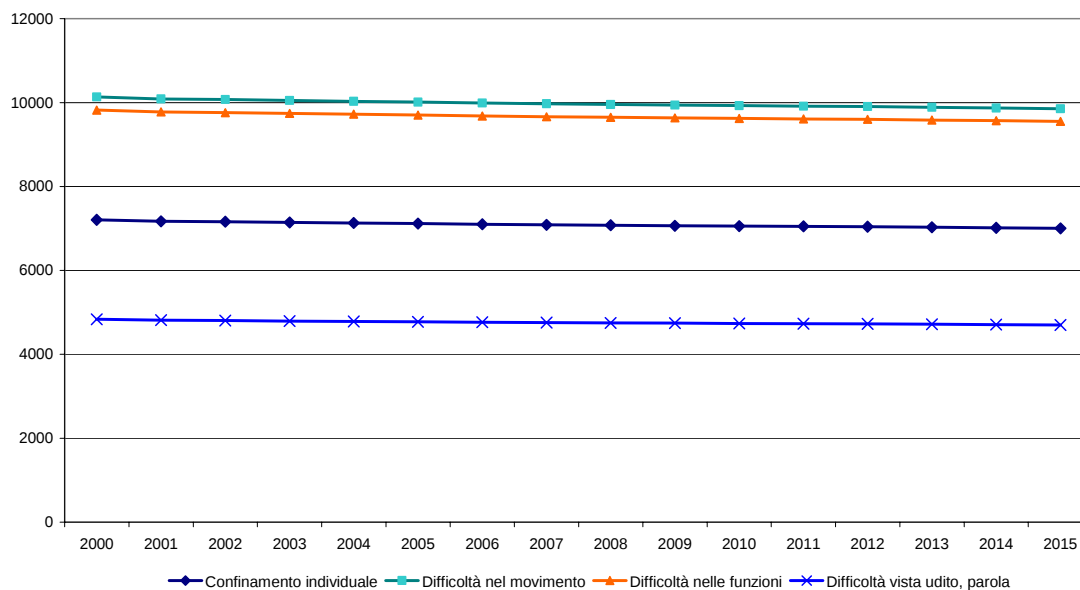
Dall'analisi dei dati, nel prossimo decennio il numero dei disabili nella Regione Molise si attesterà sul 5.8 – 6.3% della popolazione totale, con una numerosità di circa 31mila disabili per anno.

La classe di disabilità più numerosa sarà rappresentata dai disabili con difficoltà nel movimento e nelle funzioni (9 mila e 500 unità), seguita dai disabili con problemi di confinamento (7 mila unità), mentre a distanza ritroviamo le disabilità sensoriali (4 mila e 600 unità).

Di seguito è mostrato l'andamento dei principali tipi di disabilità nella Regione Molise dal 2000 al 2015, elaborati ammettendo l'ipotesi che i tassi riscontrati nell'anno 2000 si mantengano costanti nel tempo.

Stima del numero dei disabili per tipo di disabilità nella Regione Molise anni 2000 - 2015
(elaborazione su base dati ISTAT anno 2000)

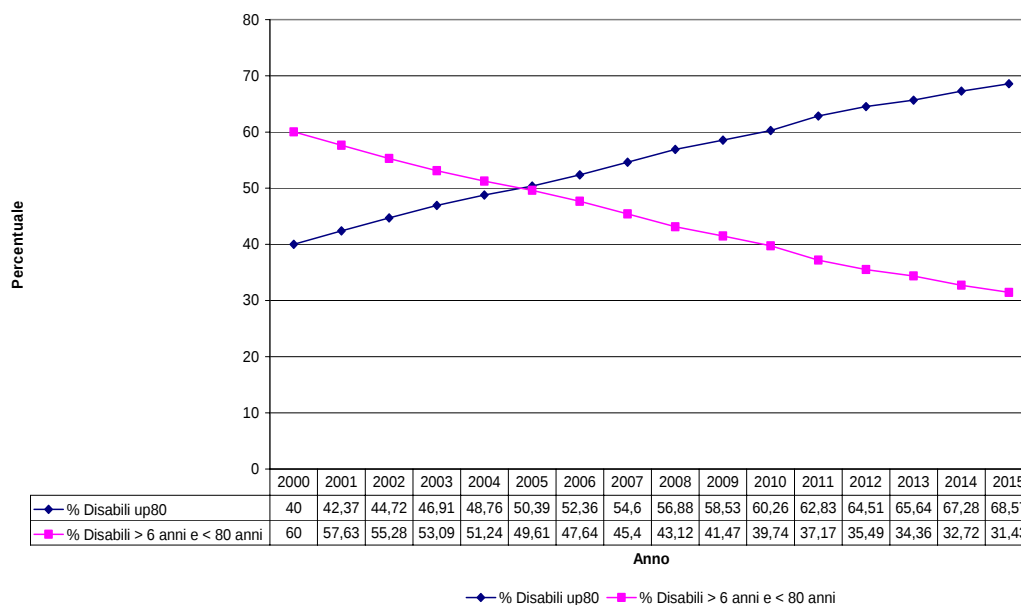
TabG012



Tuttavia, se si analizza la popolazione disabile per le fasce d'età, emerge che i disabili di 80 anni e più aumenteranno progressivamente negli anni passando dal 40.00 % del 2000 al 68.57 % del 2015.

Stima della disabilità per fascia d'età nella Regione Molise anni 2005 -2015
(elaborazione su base dati ISTAT anno 2000)

TabG013



2.7 Offerta Ospedaliera

L'attività di ricovero in Molise è erogata da strutture pubbliche e private accreditate che operano in una rete diffusa di ospedali, e precisamente sei presidi ospedalieri pubblici tre cliniche private un I.R.C.S. e il centro di "Alta specializzazione della Università Cattolica del Sacro Cuore" per un totale (al 31/12/06) di 1883 posti letto anagrafici, di cui 12 posti letto tecnici, desumibili dai modelli HSP 12 e HSP13, pari al 5,85 per mille abitanti , di cui 4.96 per acuti 0.89 per riabilitazione e lungo degenza.

2.7.1 Strutture ospedaliere operanti nella Regione Molise

Strutture Pubbliche					
O.C. Agnone	O.C. Venezia	O.C. SS.Rosario	O.C. Cardarelli	O.C. Vietri	O.C. S.Timoteo
Strutture accreditate					
Villa Ester	Villa Maria	Neuromed	U.C.S.C.G.Cattolica	IGEA	

Solo 189 (10.04%), di cui 157 nelle strutture pubbliche, sono i posti letto in DH contro la tendenza diffusa a livello nazionale, di aumentare tale tipologia di posti letto oltre il valore minimo consigliabile del 10%.

Così distribuiti:

	ord.	dh	tot	prevalenza	%DH
Totale ASREM	1694	189	1883		
Pubblico	1167	157	1324	70,31%	11,86%
Privato accreditato	209	10	219	11,63%	4,57%
Alta Specializzazione	164	16	180	9,56%	8,89%
IRCCSS	154	6	160	8,50%	3,75%

PL Acuti	ord	dh	tot	prevalenza	%DH
Pubblico	1082	149	1231	77,08%	12,10%
Privato accreditato	92	10	102	6,39%	9,80%
Alta Specializzazione	144	16	160	10,02%	10,00%
IRCCSS	98	6	104	6,51%	5,77%
			1597		

	ord.	dh	tot	prevalenza	%DH
PL riabilitazione e lungodegenza					
Pubblico	85	8	93	32,52%	8,60%
Privato accreditato	117	0	117	40,91%	0,00%
Alta Specializzazione	20	0	20	6,99%	0,00%
IRCCSS	56	0	56	19,58%	0,00%
			286		

(Tab. A13)

Posti letto desumibili dai modelli HSP12 e HSP13

(Tab G014)

		Strutture pubbliche												Strutture private accreditate						IRCCSS		Alta Spec.		
Codice	Disciplina	O.C. Agnone		O.C. Veneziale		O.C. SS.Rosario		O.C. Cardarelli		O.C. Vietri		O.C. S.Timoteo		Villa Ester		Villa Maria		IGEA		Neuromed		Cattolica		
		ord	dh	ord	dh	ord	dh	ord	dh	ord	dh	ord	dh	ord	dh	ord	dh	ord	dh	ord	dh	ord	dh	
2	DAY HOSPITAL																				6		6	
7	CARDIOCHIRURGIA																				6	20	20	
8	CARDIOLOGIA			8	1			8	2			18	2									10	49	
8-02	EMODINAMICA																					10	10	
9-04	ENDOSCOPIA CHIRURGICA																					10	10	
9	CHIRURGIA GENERALE			36	2	26	2	38	2	30	2	29	3	19	2	11	3					18	225	
9-02	CHIRURGIA D'URGENZA	36	1					19	1														57	
9-03	ONCOLOGIA GINECOLOGIC																					28	30	
12	CHIRURGIA PLASTICA																					2	2	
13	CHIRURGIA TORACICA																					10	12	
14	CHIRURGIA VASCOLARE							8	2														10	
19	MAL.END/RIC E NUTRIZIONE								2		3		2										7	
21	GERIATRIA	10						18	2														30	
24	MALATTIE INFETTIVE			8	1			21	1														31	
26	MEDICINA GENERALE	24	1	40	4	49	4	56	2	44	2	27	5	22	2	27	3						312	
29	NEFROLOGIA							8	2		1												11	
30	NEUROCHIRURGIA							13	2											37			52	
31	NIDO							20		8		8											36	
32	NEUROLOGIA				1															54			55	
34	OCULISTICA		2					8	4	14	10												38	
35	ODONTOIATRIA								4														4	
36	ORTOPEDIA E TRAUMATO.	5	1	10	2	24	2	33	3			29	3										112	
37	OSTETRICIA E GINECOLOGI	14	1	18	2			28	4	13	2	29	3			3							117	
38	OTORINO	1	1	6	2			8	4			11	1										34	
39	PEDIATRIA	2	1	10	2			13	2	7	1	14	1										53	
39-03	DIABETOLOGIA PED.								1														1	
40	PSICHIATRIA			10	2			12	3			11	1										39	
43	UROLOGIA							23	5			13	2										43	
49	TERAPIA INTENSIVA			6		5		6				6						10		7			40	
50	U.T.I.C.			5				6				9											20	
51	ASTANTERIA					2		8		4		8											22	
52	DERMATOLOGIA								1														1	
56	RIABILITAZIONE					28	2	7	6	25				27				90				20	205	
58	GASTROENTEROLOGIA							8	2														10	
60	LUNGODEGENZA									25													25	
62	NEONATOLOGIA							7	1			4											12	
64	ONCOLOGIA				4			13	7		3											18	48	
66	ONCOEMATOLOGIA												3									18	23	
70	RADIOTERAPIA																						5	
71	REUMATOLOGIA		1																				1	
73	TERAPIA INTENSIVA NEONA							5															5	
75	NEURO RIABILITAZIONE																			56			56	
97	DETENUTI							4															4	
		92	9	157	23	134	10	398	65	170	24	216	26	68	4	41	6	100	0	154	6	164	16	1883

Nel periodo 2002-2005 l'andamento della ospedalizzazione, ha visto una progressiva tendenza ad un aumento del numero dei ricoveri che da 73098 nel 2002 passano a 80.619 nel 2005. Il tasso regionale di ospedalizzazione è infatti passato da 228,10 per mille abitanti del 2002 a 250,41 del 2005 nonostante nello stesso periodo la quota relativa al day hospital sia andata progressivamente aumentando attestandosi nel 2005 al 24,78%, ben oltre i limiti consigliati dall'accordo Stato Regioni del 23/5/05

Tasso di Ospedalizzazione				
	2002	2003	2004	2005
Popolazione	320467	321047	321697	321953
Ricoveri (Pass.+Reg.)	73098	77153	79419	80619
Tasso	228,10	240,32	246,88	250,41
Tasso ord.	200,78	188,54	189,76	188,36
Tasso dh	27,32	51,78	57,11	62,04
prevalenza dh	11,98%	21,55%	23,13%	24,78%

(tab A014)

Analogo andamento si è avuto per ciascun distretto e per la rispettiva Zona di appartenenza , pur con differenze riconducibili principalmente alla diversa prevalenza di popolazione anziana, alle caratteristiche del territorio e alla diversa struttura della offerta.

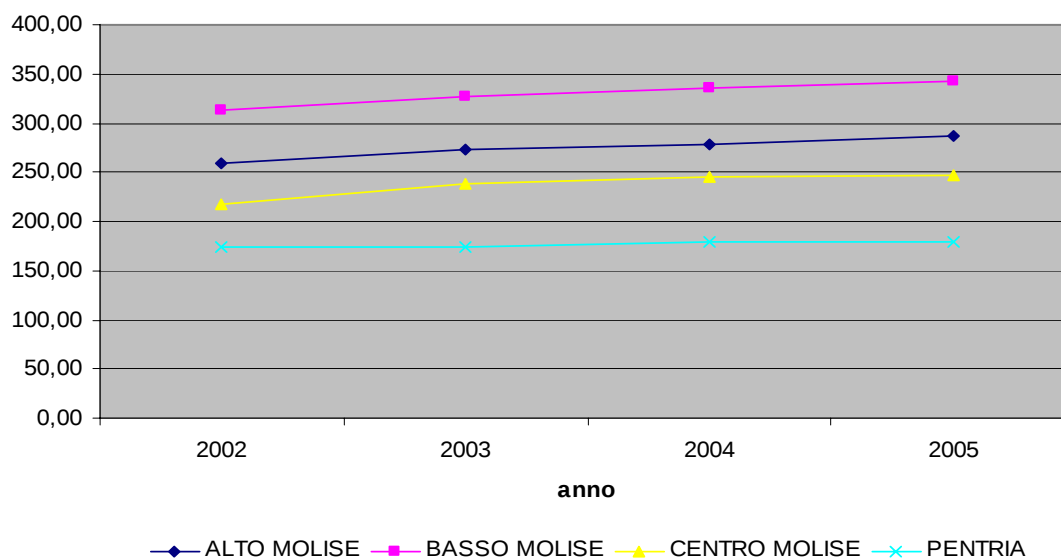
Andamento Tassi di ospedalizzazione per Distretto di Residenza

(Tab A015)

Distretto	2002	2003	2004	2005
AGNONE	261,2	273,5	275,5	286,09
BOIANO	226,2	223,2	231,9	248,67
CAMPOBASSO CITTA'	224,2	251,9	255,1	252,11
CB EST	202,9	228,8	250,0	241,36
CB OVEST	223,4	249,7	255,7	256,84
FROSOLONE	207,9	214,1	228,9	229,09
ISERNIA	218,8	214,9	225,5	228,27
LARINO	264,9	273,4	286,6	279,69
MONTENERO DI BISACCIA	226,8	244,2	239,6	250,38
RICCIA	193,6	216,8	228,9	239,22
SANTA CROCE DI MAGLIANO	246,1	241,9	247,6	253,58
TERMOLI	220,8	234,9	243,1	252,56
TRIVENTO	219,3	216,3	222,6	227,89
VENAFRO	255,7	258,4	258,8	260,72

Tasso di Ospedalizzazione per Zona
(valori grezzi fonte dati Molise Dati)

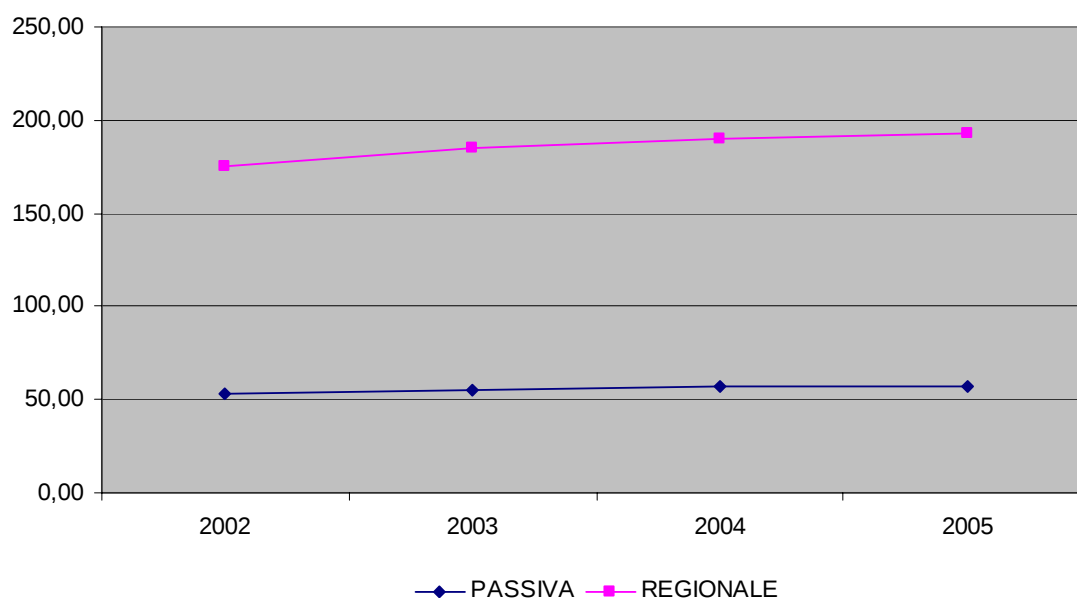
TabG015



L'incremento del tasso di ospedalizzazione ha interessato sia il tasso regionale sia quello derivante dal fenomeno della mobilità verso ospedali extra regionali:

Tasso di Ospedalizzazione ASReM per tipo di mobilità
(valori grezzi fonte dati Molise Dati)

TabG016



La mobilità passiva rappresenta, infatti, un elemento di criticità nel complesso della Sanità Regionale. L'analisi dei dati di mobilità evidenzia che trattasi prevalentemente di una mobilità di prossimità, diretta cioè, verso regioni limitrofe come confermato dai dati riportati nelle successive tabelle, dove la mobilità passiva viene analizzata sia in relazione alla regione di destinazione che in termini percentuali, relativamente al distretto sanitario di appartenenza:

Regione di destinazione	2002	2003	2004
ABRUZZO	6.697	7.240	7.722
LAZIO	4.183	4.490	4.553
PUGLIA	1.693	1.555	1.366
CAMPANIA	1.156	1.233	1.383
EMILIA ROMAGNA	927	934	941
LOMBARDIA	906	791	828
MARCHE	438	416	456
TOSCANA	400	388	414
UMBRIA	191	235	241
VENETO	183	180	173
PRO. AUT. TRENTO	122	18	15
LIGURIA	82	71	59
SICILIA	23	36	28
FRIULI VENEZIA GIULIA	21	36	22
CALABRIA	17	24	28
PRO. AUT. BOLZANO	12	6	4
BASILICATA	11	6	16
SARDEGNA	8	9	10
PIEMONTE	6	117	106
VALLE d'AOSTA	2	1	3

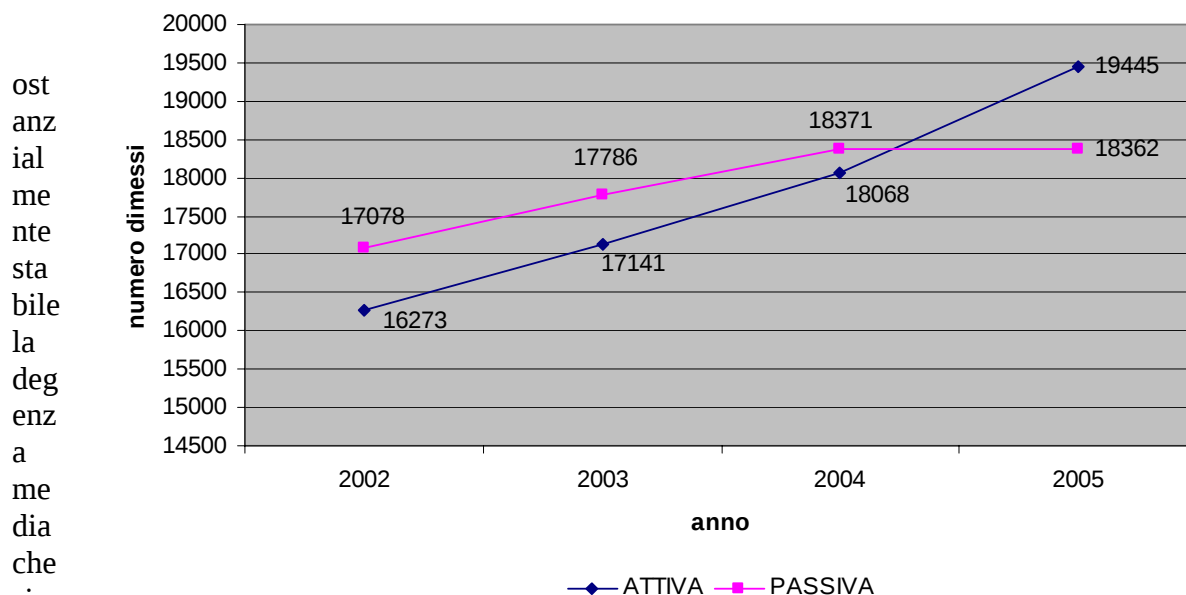
Distretto di Residenza	2002	2003	2004
AGNONE	28%	29%	28%
BOIANO	16%	16%	15%
CAMPOBASSO CITTA'	19%	18%	16%
CB EST	15%	14%	14%
CB OVEST	14%	14%	14%
FROSOLONE	22%	26%	27%
ISERNIA	25%	25%	27%
LARINO	19%	19%	19%
MONTENERO DI BISACCIA	34%	35%	36%
RICCIA	19%	17%	16%
SANTA CROCE DI MAGLIANO	20%	20%	19%
TERMOLI	28%	27%	28%
TRIVENTO	24%	21%	20%
VENAFRO	31%	33%	37%

(Tab. A016)

A parziale conforto di questo andamento, l'analisi dei dati evidenzia un progressivo aumento dei ricoveri in mobilità attiva rispetto a quella passiva al punto che il 2005 segna un delta positivo di 1083 dimessi.

Andamento della mobilità nella ASReM
(fonte dati archivio SDO - Molise Dati)

TabG017



sta nel 2005 a 6,6 gg. per i ricoveri riferiti ai pazienti molisani, di poco superiore per gli extra regionali;

DEGENZA MEDIA (produzione = regionali + attiva)				
	2002	2003	2004	2005
Regionale	6,70	6,50	6,50	6,60
Regionale più attiva	6,90	6,75	6,80	6,70

mentre un consistente aumento si è avuto per quanto riguarda le modalità di ricovero che vedono il Day Hospital salire dal 8,77% al 23,29% per i ricoveri in acuzie.

% DAY HOSPITAL (produzione = regionali + attiva)				
	2002	2003	2004	2005
	8,77	19,49	20,34	23,29

2.7.2 Riassetto della rete ospedaliera e nuova dotazione posti letto

L'Intesa Stato Regioni 23/3/2005, art. 4, comma 1 prevede entro il 2007 uno standard di posti letto ospedalieri accreditati, effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4,5 posti letto per mille abitanti comprensivi della riabilitazione e della lungo degenza post acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri, con una variazione che, in ogni caso, non può superare il 5% in considerazione di particolari situazioni regionali, mentre al comma 2 prevede il contenimento del tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per mille abitanti residenti, di cui almeno il 20% riferibile al regime di ricovero in day-hospital.

Obiettivo di questa Regione, più che una mera rideterminazione matematica dei posti letto, è quello di sviluppare una realtà ospedaliera orientata alla medio-alta intensità di cura con un miglioramento significativo del livello tecnologico ed un aumento dei punti di eccellenza.

Tale risultato potrà essere raggiunto prioritariamente attraverso la riconversione di una parte delle risorse attualmente utilizzate per i ricoveri potenzialmente inappropriati e il trasferimento alle funzioni territoriali della quota inappropriata per l'indispensabile potenziamento del servizio.

Coerentemente con quanto esposto nei precedenti paragrafi, si definiscono di seguito gli obiettivi di natura strategica, gli standard di riferimento e gli indicatori di attività che sono stati presi in considerazione nel campo della produzione ospedaliera, e che questa Regione intende attuare nel triennio 2007 – 2009:

Obiettivi strategici:

1. **Rivedere** la produzione ospedaliera, da un lato attraverso lo sviluppo e la crescita dei punti di eccellenza, dall'altro verificando, mediante opportuni indicatori, **l'appropriatezza delle prestazioni erogate**;
2. **Promuovere**, per le prestazioni caratterizzate da bassa e bassissima complessità, attraverso lo strumento degli accordi e contratti, **un sistema organizzativo** (ospedale di comunità, ospedalizzazione domiciliare, ADI, prestazioni a domicilio, consulenza ai medici di medicina generale associati, ecc) **che opera in modo coordinato e integrato con i servizi territoriali**;

Standards di riferimento:

3. **Tasso di utilizzo** dei posti letto per istituto e reparto **non inferiore all'85%**;
4. **Tasso di inappropriatezza** dei ricoveri per i 43 (DRG) ad "alto rischio di inappropriatezza" se trattati in regime ordinario previsti dal DPCM 21/11/01 Tab1, sia per altri due gruppi di ricoveri, comunque a basso peso (< 0.86), e convenzionalmente indicati come Sentinella 1 (32 DRG) tab2 e Sentinella 2 (27 DRG) tab3 (intendendo inappropriato il ricovero effettuato in regime ordinario), **non superiore al 15%**;

Indicatori di attività:

5. **Indice di CASE-MIX**
6. **Indice comparativo di performance ICP**
7. **Caratteristiche demografiche del territorio**
8. **Valenza sovrazonale del presidio**

PRIMO OBIETTIVO:**RIASSETTO DELLA RETE OSPEDALIERA REGIONALE E RIDUZIONE DEI POSTI LETTO**

Dall'analisi di cui sopra, si evidenzia la necessità di rimodulare l'offerta di posti letto ospedalieri, ed in particolare dei posti letto per acuti.

Rideterminazione dei posti letto anagrafici in applicazione dell'Intesa Stato Regioni del 23/03/05 calcolato sulla Popolazione Molisana al 31/12/2004

P.L. ACUTI - 3,725 x 1000			
	Teorici	Regione	Saldo
	1199	1597	398
P.L. RIABILITAZIONE e LUNGODEGENZA - 1 x 1000			
	322	286	-36

Così distribuiti:

Intesa Stato Regioni del 23/3/05 - 4,5 x 1000 aumentabili del 5% = 4,725 x 1000

P.L. ACUTI - 3,725 x 1000									
	PL	Strutture Pubbliche			Strutture Accreditate				
ZONA TERRITORIALE	Teorici	ord	dh	tot.pubb	ord	dh	tot.acc.	Totale	Saldo
ALTO MOLISE	51	92	9	101	0	0	0	101	50
PENTRIA	285	263	31	294	108	6	114	408	123
CENTRO MOLISE	483	391	59	450	226	26	252	702	219
BASSO MOLISE	380	336	50	386	0	0	0	386	6
	1199	1082	149	1231	334	32	366	1597	398
P.L. RIABILITAZIONE e LUNGODEGENZA - 1 x 1000									
ALTO MOLISE	14	0	0	0	0	0	0	0	-14
PENTRIA	76	28	2	30	146	0	146	176	100
CENTRO MOLISE	130	7	6	13	47	0	47	60	-70
BASSO MOLISE	102	50	0	50	0	0	0	50	-52
	322	85	8	93	193	0	193	286	-36

(tab A017)

La determinazione dei posti letto presenti nelle strutture pubbliche e accreditate al 31/12/06, in applicazione dell'Intesa Stato Regioni del 23/3/05, evidenzia, infatti, una **esubero pari a 398** posti

letto per acuti, solo parzialmente compensato dalla **carenza di 36 posti letto** da riservare alla **riabilitazione e lungo degenza**.

Difatti, nel PSR vigente, all'allegato 3 riguardante la ristrutturazione della rete ospedaliera, ai sensi della legge n. 382/1996, è prevista l'attivazione per ospedale di posti letto di riabilitazione e lungodegenza nel rapporto 1 x 1000 abitanti.

Ciò premesso, l'obiettivo che la Regione è chiamata ad attuare nel prossimo triennio, in applicazione degli accordi sui livelli essenziali di assistenza (L.E.A) e rispettando i bisogni dei pazienti, è quello di operare scelte di programma e pianificazione tali da produrre **una riduzione** della dotazione regionale **di PL di 362 unità**.

PROCEDURA

Coerentemente con gli obiettivi espressi in premessa, nel piano di riorganizzazione della rete ospedaliera del Molise si è scelto di definire le risorse di strutture e di PL con una metodologia capace di rilevare i bisogni effettivi della popolazione, espressi dalla somma dei ricoveri effettuati dai residenti nelle strutture ospedaliere regionali (mobilità regionale) e quelli effettuati presso strutture extra regionali (mobilità passiva)

Sono state misurate le giornate di degenza consumate, dai cittadini residenti in Molise, in regime di ricovero ordinario e di day-hospital, classe d'età, degenza entro e fuori soglia, distinte per MDC e complessità delle prestazioni, in tutte le strutture ospedaliere della regione (mobilità regionale).

Analogo calcolo è stato effettuato per le prestazioni di ricovero erogate a cittadini residenti in Molise da istituti di ricovero di altre regioni (mobilità passiva), e per le prestazioni di ricovero erogate dalle strutture regionali ai cittadini non residenti in Molise (mobilità attiva)

Sulla base dei risultati, sono stati calcolati i posti letto 'teorici appropriati' totali e per MDC, espresse dal bisogno e dalla produzione interna, che sarebbero stati necessari per l'assistenza dei pazienti ad un tasso di utilizzo atteso non inferiore al 85% mediante la formula:

PL=Casi/365/tasso di occupazione atteso comunque non inferiore a 85 *deg. media osservata

Sulla base del fabbisogno appropriato di PL per MDC è stato calcolato il numero dei posti letto teorici per MDC, ipotizzando l'attivazione, sui posti letto calcolati, del 10% e 15% di posti letto in DH.

(Tab A018)

	MDC	DEGENZ A	PL %85	10% DH			15% DH		
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	74312	240	24	192	216	36	168	204
2	Malattie e disturbi dell'occhio	11173	36	4	29	32	5	25	31
3	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e d	16839	54	5	43	49	8	38	46
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	45116	145	15	116	131	22	102	124
5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	78980	255	25	204	229	38	178	216
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	52117	168	17	134	151	25	118	143

	MDC	DEGENZ A	PL %85	10% DH	15% DH		MDC	DEGE NZA	PL %85
7	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	31768	102	10	82	92	15	72	87
8	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del te	76235	246	25	197	221	37	172	209
9	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e	22853	74	7	59	66	11	52	63
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	28643	92	9	74	83	14	65	78
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	30874	100	10	80	90	15	70	85
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	8295	27	3	21	24	4	19	23
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	32678	105	11	84	95	16	74	90
14	Gravidanza, parto e puerperio	22564	73	7	58	65	11	51	62
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	11447	37	4	30	33	6	26	31
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e d	8942	29	3	23	26	4	20	24
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamen	58670	189	19	151	170	28	132	161
18	Malattie infettive e parassitarie	5402	17	2	14	16	3	12	15
19	Malattie e disturbi mentali	20068	65	6	52	58	10	45	55
20	Abuso di alcol/droghe e disturbi mentali organici indotti	1799	6	1	5	5	1	4	5
21	Traumatismi avvelenamenti ed effetti tossici da farmaci	5051	16	2	13	15	2	11	14
22	Ustioni	493	2	0	1	1	0	1	1
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai	10290	33	3	27	30	5	23	28
24	Traumatismi multipli rilevanti	1457	5	0	4	4	1	3	4
25	Infezioni da H.I.V.	5651	18	2	15	16	3	13	15
26	ALTRO	9907	32	3	26	29	5	22	27
	TOTALE	671624	2165	216	1732	1948	325	1515	1840

Dall'analisi dei risultati, così ottenuti, emerge che anche nell'ipotesi più favorevole che prevede l'attivazione del 15% di posti letto in day-hospital, il numero di posti letto occorrenti per

soddisfare integralmente il bisogno espresso dalla popolazione molisana -1840 posti letto -, è di gran lunga superiore a quello previsto dall'Intesa Stato Regioni del 23/3/2005 che fissa invece questo limite a 1521 posti letto se calcolato sulla popolazione al 31/12/2005.

Tuttavia, l'analisi della mobilità, vede un sostanziale recupero della mobilità attiva rispetto a quella passiva al punto che il 2005 segna un delta positivo di 1083 dimessi.

Dimessi per tipo mobilità

	2002	2003	2004	2005
ATTIVA	16273	17141	18068	19445
PASSIVA	17078	17786	18371	18362
REGIONALE	56020	59367	61048	62257

Queste considerazioni, insieme al fatto che una fisiologica mobilità passiva sarà comunque presente, ci portano a ritenere che la dotazione di posti letto calcolata sulla produzione interna (mobilità attiva + attività regionale) sia più appropriato e commisurato alle effettive esigenze della rete ospedaliera regionale.

A questo proposito, la Direzione Generale ASREM, ha effettuato uno studio sia dei ricoveri per i 43 (DRG) ad "alto rischio di inappropriatezza" se trattati in regime ordinario, sia per altri due gruppi di ricoveri, comunque a basso peso (< 0.86), attualmente in osservazione in molte regioni, e convenzionalmente indicati come Sentinella 1 (32 DRG) tab1 e Sentinella 2 (27 DRG) tab2.

Prevalenza dei DRG potenzialmente inappropriati su totale Ricoveri (anno 2005) (Tab 019)

PRODUZIONE	2002	2003	2004	2005
LEA	22,18	19,49	19,12	17,93
SENTINELLA 1	10,99	11,21	11,28	10,79
SENTINELLA 2	5,63	5,69	5,63	5,85
TOTALE	38,80	36,39	36,03	34,57
REGIONALE				
LEA	21,24	18,35	17,72	17,14
SENTINELLA 1	11,59	11,81	11,72	11,36
SENTINELLA 2	5,67	5,80	5,74	6,02
TOTALE	38,49	35,95	35,18	34,52

(Tab A019)

Lo studio ha evidenziato che la prevalenza di detti ricoveri, pur se in progressivo calo, comunque rappresenta circa il 35% dell'attività ospedaliera.

Ancor più pesante è il bilancio "negativo", se si considera le modalità di erogazione degli stessi, infatti per il 67,62% dei casi, gli stessi vengono erogati in regime ordinario, quindi inappropriato.

Modalità di erogazione (%) dei DRG potenzialmente inappropriati

(Tab A020)

	2002		2003		2004		2005	
PRODUZIONE	ord	dh	ord	dh	ord	dh	ord	dh
LEA	90,43	9,57	76,42	23,58	73,75	26,25	59,24	40,76
SENTINELLA 1	84,44	15,56	64,56	35,44	66,16	33,84	64,98	35,02
SENTINELLA 2	94,60	5,40	83,17	16,83	80,75	19,25	80,72	19,28
TOTALE	89,82	10,18	74,72	25,28	73,55	26,45	68,32	31,68
REGIONALE	ord	dh	ord	dh	ord	dh	ord	dh
LEA	89,80	10,20	73,21	26,79	69,89	30,11	59,82	40,18
SENTINELLA 1	83,44	16,56	62,59	37,41	64,41	35,59	63,22	36,78
SENTINELLA 2	94,87	5,13	82,97	17,03	81,09	18,91	79,82	20,18
TOTALE	89,37	10,63	72,92	27,08	71,80	28,20	67,62	32,38

Ciò premesso, per ciascun gruppo di DRG, e in coerenza con gli standards dichiarati in premessa, si è effettuata l'analisi dei casi osservati e delle giornate di degenza consumate nei singoli presidi e discipline, escludendo dai calcoli le 36 culle e i 4 posti letto del reparto carcerario dell'O.C. Cardarelli (che in effetti sono da considerare letti tecnici), e si è quindi proceduto al calcolo dei posti letto che verrebbero resi disponibili, qualora si trasferisse l'85% delle giornate di degenza consumate dagli stessi ricoveri in regime ordinario a quello di day hospital, atteso che una "inappropriatezza" del 10 - 15% può essere considerata fisiologica, e calcolando i nuovi posti letto, per disciplina e struttura ospedaliera, con un tasso di utilizzo all'85 per cento.

Ipotesi di rimodulazione con attivazione di PL in DH

			Ipotesi all' 85%
			Tasso di Occupazione PL
	PL attuali	PL Stato Regioni	85%
Ordinari	1694		1248
DH	189		273
TOTALE	1883	1521	1521

Dall'analisi dei dati così ottenuti emerge che, rispettando il bisogno dei pazienti e la domanda espressa, si otterrebbe una riduzione di posti letto tale da soddisfare, gli obiettivi dell'accordo stato regioni del 2005 con attivazione di ulteriori posti letto in day hospital.

Di seguito è rappresentata la nuova dotazione di posti letto ASREM, con la rispettiva riduzione a livello di Zona Territoriale e Presidio ospedaliero, mentre, appare in ogni caso imprescindibile la valutazione a posteriori dell'offerta ospedaliera così come si configurerebbe dopo l'attuazione degli interventi di riduzione dei posti letto proposti, al fine di identificare quelle eventuali aree territoriali in cui attivare, nel triennio 2007-2009 e contestualmente alla disattivazione di posti letto prevista, ulteriori interventi di riequilibrio dell'offerta delle specialità di ricovero rispetto al fabbisogno della popolazione, che sarà oggetto di trattative con l'attivazione dei Dipartimenti per MDC che vedranno coinvolte le Unità Operative sia delle strutture pubbliche che di quelle private accreditate.

2.7.3 La nuova rete ospedaliera dopo la rimodulazione

(Tab A021)

	PRESENTI	RIMODULATI Occ. 85%	Riduzione 100,00% Occ. 85%	%DH
P.O. S. FRANCESCO CARACCILO				
Ordinari	92	72	-20	
DH	9	18	9	
Totale Presidio	101	90	-11	20%
Totale ZONA ALTO MOLISE				
Ordinari	92	72	-20	
DH	9	18	9	
Totale ZONA ALTO MOLISE	101	90	-11	20%
IST.EUROPEO DI RIABILITAZIONE				
Ordinari	100	29	-71	
DH	0	11	11	
Totale Presidio	100	40	-60	28%
NEUROMED				
Ordinari	154	138	-16	
DH	6	17	11	
Totale Presidio	160	155	-5	11%
P.O. F. VENEZIALE				
Ordinari	157	130	-27	
DH	23	30	7	
Totale Presidio	180	160	-20	19%
P.O. SS ROSARIO				
Ordinari	134	95	-39	
DH	10	25	15	
Totale Presidio	144	120	-24	21%
Totale ZONA PENTRIA				
Ordinari	545	392	-153	
DH	39	83	44	
Totale ZONA PENTRIA	584	475	-109	17%
CASA DI CURA "VILLA MARIA"				
Ordinari	41	33	-8	
DH	6	8	2	
Totale Presidio	47	41	-6	20%
CASA DI CURA "VILLA ESTHER"				
Ordinari	68	53	-15	
DH	4	13	9	
Totale Presidio	72	66	-6	20%
U.C.S.C.				
Ordinari	164	125	-39	
DH	16	25	9	
Totale Presidio	180	150	-30	17%
P.O. A. CARDARELLI				
Ordinari	374	308	-66	
DH	65	63	-2	
Totale Presidio	439	371	-68	17%

	PRESENTI	RIMODULATI	Riduzione	
		Occ. 85%	100,00%	%DH
			Occ. 85%	
Ordinari	647	519	-128	
DH	91	109	18	
Totale ZONA CENTRO MOLISE	738	628	-110	17%

P.O. G. VIETRI

Ordinari	162	120	-42	
DH	24	30	6	
Totale Presidio	186	150	-36	20%

P.O. S. TIMOTEO

Ordinari	208	145	-63	
DH	26	33	7	
Totale Presidio	234	178	-56	19%

Ordinari	370	265	-105	
DH	50	63	13	
Totale ZONA BASSO MOLISE	420	328	-92	19%

ASREM

Ordinari	1654	1248	-406	
DH	189	273	84	
Totale ASREM	1843	1521	-322	18%

NB: al netto di 40 posti letto tecnici: 8 culle O.C. Vietri, 8 culle San Timoteo, 4 pl reparto carcerario O.C. Cardarelli e 20 culle O.C. Cardarelli

TAB.1 Dpcm

ALLEGATO 2C D.P.C.M. novembre 2001				
DRG	MDC	TIPO	Desc DRG	Peso
6	1	C	DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	0,5697
19	1	M	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC	0,8513
25	1	M	CONVULSIONI E CEFALEA ETA` > 17 SENZA CC	0,6989
39	2	C	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	0,7545
40	2	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA, ETA` > 17	0,5809
41	2	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA, ETA` < 18	0,5253
42	2	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	0,9707
55	3	C	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	0,8099
65	3	M	ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO	0,6977
119	5	C	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	0,7712
131	5	M	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, SENZA CC	0,8971
133	5	M	ATEROSCLEROSI, SENZA CC	0,8436
134	5	M	IPERTENSIONE	0,7757
142	5	M	SINCOPE E COLLASSO, SENZA CC	0,6074
158	6	C	INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC	0,7260
160	6	C	INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA` > 17 SENZA CC	0,9818
162	6	C	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA` > 17 SENZA CC	0,7547
163	6	C	INTERVENTI PER ERNIA, ETA` < 18	0,5783
183	6	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA` >17 SENZA CC	0,5960
184	6	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA` < 18	0,4420
187	3	M	ESTRAZIONI E RIPARAZIONI DENTALI	0,5573
208	7	M	MALATTIE DELLE VIE BILIARI, SENZA CC	0,8225
222	8	C	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	1,0926
232	8	C	ARTROSCOPIA	0,7714
243	8	M	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	0,7705
262	9	C	BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNI	0,6431
267	9	C	INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	0,7626
270	9	C	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	0,6174
276	9	M	PATOLOGIE NON MALIGNI DELLA MAMMELLA	0,4345
281	9	M	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SUBCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA`>17 SENZA CC	0,4742
282	9	M	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA`<18	0,4017
283	9	M	MALATTIE MINORI DELLA PELLE CON CC	1,1187
284	9	M	MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC	0,5584
294	10	M	DIABETE ETA` > 35	1,0083
301	10	M	MALATTIE ENDOCRINE, SENZA CC	0,6226
324	11	M	CALCOLOSI URINARIA, SENZA CC	0,5301
326	11	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA` > 17 SENZA CC	0,7369
364	13	C	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNI	0,5375
395	16	M	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA` > 17	1,2462
426	19	M	NEVROSI DEPRESSIVE	0,8815
427	19	M	NEVROSI ECCETTO NEVROSI DEPRESSIVE	0,7649
429	19	M	DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE	1,1983
467	23	M	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	0,4510

TAB.2 Dpcm

			SENTINELLA 1	
DRG	MDC	TIPO	Desc DRG	Peso
182	6	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA`>17 CON CC	0,9820
96	4	M	BRONCHITE E ASMA, ETA` > 17 CON CC	0,9798
35	1	M	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO, SENZA CC	0,9503
145	5	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO SENZA CC	0,9171
46	2	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA` > 17 CON CC	0,9138
278	9	M	CELLULITE ETA` > 17 SENZA CC	0,7294
280	9	M	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA`>17 CON CC	0,7186
143	5	M	DOLORE TORACICO	0,7090
97	4	M	BRONCHITE E ASMA, ETA` > 17 SENZA CC	0,7040
102	4	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC	0,6714
100	4	M	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, SENZA CC	0,6610
69	3	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA` > 17 SENZA CC	0,6482
185	3	M	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE, ECCETTO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE, ETA` >17	0,6432
329	11	M	STENOSI URETRALE, ETA` > 17 SENZA CC	0,5364
249	8	M	ASSISTENZA RIABILITATIVA PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	0,4645
341	12	C	INTERVENTI SUL PENE	1,2519
424	19	C	INTERVENTI CHIRURGICI DI QUALUNQUE TIPO IN PAZIENTI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DI MALATTIA MENTALE	3,0597
468	26		INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	2,3079
476	26	C	INTERVENTO CHIRURGICO SULLA PROSTATA NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	1,8644
463	23	M	SEGNI E SINTOMI CON CC	1,2405
477	26	C	INTERVENTO CHIRURGICO NON ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	1,1823
469	26		DIAGNOSI PRINCIPALE NON VALIDA COME DIAGNOSI DI DIMISSIONE	0,1574
470	26		NON ATTRIBUIBILE AD ALTRO DRG	0,1866
464	23	M	SEGNI E SINTOMI SENZA CC	0,6051
382	14	M	FALSO TRAVAGLIO	0,1864
189	6	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA` > 17 SENZA CC	0,6293
247	8	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI AL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E AL TESSUTO CONNETTIVO	0,5863

TAB.3 Dpcm

			SENTINELLA 2	
DRG	MDC	TIPO	Desc DRG	Peso
47	2	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA` > 17 SENZA CC	0,5848
59	3	C	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA` > 17	0,4226
60	3	C	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA` < 18	0,2744
73	3	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA` > 17	0,7268
74	3	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA` < 18	0,4465
88	4	M	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	1,1865
90	4	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA` > 17 SENZA CC	1,0655
91	4	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA` < 18	0,7642
169	3	C	INTERVENTI SULLA BOCCA, SENZA CC	0,8953
206	7	M	MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOLICA, SENZA CC	0,8049
227	8	C	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	0,7670
229	8	C	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	0,6011
245	8	M	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE, SENZA CC	0,7597
256	8	M	ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	0,5360
266	9	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	0,9425
295	10	M	DIABETE ETA` < 36	0,6903
311	11	C	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, SENZA CC	0,8418
315	11	C	ALTRI INTERVENTI SUL RENE E SULLE VIE URINARIE	2,1693
321	11	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA` > 17 SENZA CC	0,8488
322	11	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA` < 18	0,6997
323	11	M	CALCOLOSI URINARIA, CON CC E/O LITOTRIPSIA MEDIANTE ULTRASUONI	0,9365
332	11	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA` > 17 SENZA CC	0,7793
339	12	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETA` > 17	0,6603
340	12	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETA` < 18	0,5962
342	12	C	CIRCONCISIONE ETA` > 17	0,5543
343	12	C	CIRCONCISIONE ETA` < 18	0,3670
349	12	M	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, SENZA CC	0,7510
350	12	M	INFIAMMAZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	0,5656
359	13	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	1,0431
369	13	M	DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	0,4209
381	14	C	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	0,4484
411	17	M	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA	0,4994

SECONDO OBIETTIVO

RIDUZIONE DEL TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE

La rideterminazione dei posti letto, comunque, se da una parte soddisfa il requisito sostanziale dell'adeguamento degli stessi alla numerosità della popolazione, non incide, o incide minimamente sul numero dei dimessi e quindi sul tasso di ospedalizzazione.

Pertanto la rideterminazione dei posti letto non può e non deve essere l'unico atto a cui mirare per raggiungere gli obiettivi dichiarati in premessa.

Tale risultato potrà essere raggiunto prioritariamente attraverso la riconversione di una parte delle risorse attualmente utilizzate per i ricoveri potenzialmente inappropriati e il trasferimento alle funzioni territoriali della quota a bassa complessità per l'indispensabile potenziamento del servizio.

PROCEDURA

Riconversione dei ricoveri Ospedalieri di Bassa Complessità, mediante l'adozione di "Nuove linee guida per la regolamentazione e l'organizzazione delle attività di assistenza sanitaria per la corretta erogazione della casistica a rischi di inappropriatazza"

Il vigente sistema di classificazione dei ricoveri mediante i DRG (Diagnosis Related Group) si basa sull'identificazione per codici numerici delle malattie, secondo i criteri dell'affinità clinica e dell'assorbimento medio di risorse professionali e tecnologiche. Il differente assorbimento di risorse è rappresentato dal "peso" che caratterizza ognuno dei 492 DRG.

In base al peso è possibile classificare la complessità delle prestazioni come segue (Tab A022)

COMPLESSITA'	PESO	Note
BASSA	≤ 0.48	casistica da trattarsi preferibilmente mediante prestazioni ambulatoriali se riferita a ricoveri ordinari brevi e quelli entro soglia di utenti in età compresa tra i 15 e i 74 anni
	$> 0.48 - \leq 0.59$	casistica da trattarsi preferibilmente mediante day hospital se riferita a ricoveri ordinari brevi e quelli entro soglia di utenti in età compresa tra i 15 e i 74 anni
	peso ≤ 0.59	casistica da trattarsi preferibilmente mediante residenzialità extraospedaliera quale sostituto del ricovero ordinario se riferita a ricoveri non chirurgici di utenti di età ≥ 65 anni con degenza breve o entro soglia, o a ricoveri medici e chirurgici di utenti di età ≥ 65 anni con degenza oltre la soglia
MEDIO BASSA	$> 0.59 - \leq 0.86$	casistica da trattarsi preferibilmente mediante residenzialità extraospedaliera post acuzie quale prosecuzione del ricovero ordinario se riferita a ricoveri medici e chirurgici di utenti di età ≥ 65 anni con degenza oltre soglia.
MEDIA	$> 0.86 - \leq 1.36$	casistica da trattarsi preferibilmente mediante day hospital
MEDIO ALTA	$> 1.36 - \leq 2.27$	
ALTA	> 2.27	

Di seguito si riportano i risultati dell'analisi relativa all'anno 2005 con i dimessi potenzialmente interessati, relative degenze e posti letto che potrebbero essere liberati dai presidi ospedalieri ad un tasso di utilizzo degli stessi all'85%, nonché il Tasso di ospedalizzazione recuperabile.

Casistica da trattarsi in regime Extra Ospedaliero per utenti di età >=65 anni con degenza entro la soglia e con costi stimabili, per giornata di degenza, pari a circa ¼ delle corrispondente ospedaliera					
	Dimessi	Degenza	Dgm	PL 85%	Tasso
Regionale	3796	24428	6,44	78	11,79
Passiva	701	21293	30,38	68	2,18
Attiva	978	6919	7,07	22	3,04
Casistica da trattarsi in regime ambulatoriale se riferita a ricoveri brevi o entro la soglia di utenti in età compresa tra i 14 e i 74 anni					
Regionale	2370	5408	2,28	17	7,36
Passiva	938	1788	1,91	6	2,91
Attiva	836	1794	2,15	6	2,60

Tutto ciò sarà ottenuto mediante una rivisitazione dell'assistenza, non solo circa l'appropriatezza, ma anche in relazione alla efficienza degli interventi richiesti:

- Promuovendo, per le prestazioni caratterizzate da bassa e bassissima complessità, attraverso lo strumento degli accordi e contratti, un sistema organizzativo che opera in modo coordinato e integrato con i servizi territoriali.:
 - OSPEDALE DI COMUNITA';
 - ospedalizzazione domiciliare;
 - ADI;
 - consulenza ai medici di medicina generale associati, ecc)
- Promovendo un piano complessivo di residenzialità extra ospedaliera, da redigersi a carico delle singole Zone, e caratterizzato da:
 - realizzazione, potenziamento e/o riqualificazione delle residenze sanitarie, secondo i vari livelli di complessità e di intensità di cura;
 - potenziamento della capacità di filtro delle strutture poliambulatoriali territoriali, sempre al fine di garantire un più appropriato accesso al pronto soccorso. Tale ruolo dovrà essere garantito, oltre che dall'attività di coordinamento del Distretto, anche dalla attiva collaborazione con i medici di famiglia e della continuità assistenziale, il cui ruolo dovrà, quindi, essere valorizzato coerentemente con le funzioni agli stessi assegnate.
- Correlando il numero dei posti letto alle capacità operative ed attrattiva delle equipe.
- Promuovendo e incentivando mediante nuovi meccanismi tariffari premianti, per la quota di produzione non coerente con i parametri di appropriatezza, la riconversione, secondo i casi, o in attività ambulatoriale, o in day hospital ovvero in residenzialità extraospedaliera (ogni posto letto di day hospital in tal senso istituito deve corrispondere alla soppressione di almeno due posti letto ordinari su cui veniva svolta attività non appropriata).
- Rimodulando e potenziando le capacità di filtro sia della rete dell'emergenza che dei pront soccorsi.

6. Avviando, in forma sperimentale, il FIVE DAY HOSPITAL, consistente nella elaborazione e attuazione di protocolli clinici per il trattamento in regime di degenza ordinaria di gruppi di patologie a ciclo prefissato di 5 giorni (dal Lunedì al Venerdì) con chiusura dell'attività nelle giornate di Sabato e Domenica.

Tra i modelli organizzativi alternativi al ricovero ordinario, oltre a quelli già ampiamente sperimentati e consolidati come il day hospital e il day surgery, uno dei più interessanti è il “five days ward” .

Letteralmente “five days ward” significa ricovero ordinario sviluppato su cinque giorni la settimana, dal lunedì mattina al venerdì sera (o sabato mattina) con previsione di dimissione prima della festività settimanale. Esso presuppone che il ricovero venga effettuato nei primi giorni della settimana e che le attività cliniche o chirurgiche principali vengano svolte in prossimità dell'ammissione del paziente.

Il modello organizzativo del “five days ward” rappresenta un'evoluzione del ricovero ordinario, applicabile, evidentemente, ai soli ricoveri programmati (nei ricoveri urgenti è, ovviamente, impossibile scegliere il momento del ricovero ed effettuare, almeno di regola, previsioni prognostiche fino alla conclusione dell'indagine diagnostica e all'attuazione delle terapie).

Requisito imprescindibile per l'introduzione del “ricovero breve” è la presenza di un'organizzazione a livello dipartimentale delle attività, in grado di assicurare l'eventuale ricollocazione del paziente in degenza ordinaria in caso di complicazioni, nonché un razionale impiego del personale, delle strutture e delle attrezzature.

PRESUPPOSTI ED OBIETTIVI

La progressiva riconversione delle strutture sanitarie, così come prevista dai Decreti Legislativi n. 502 e n. 517/92, fondata sulla razionalizzazione e ottimizzazione delle risorse, porta con sé la necessità di sperimentare incessantemente nuovi modelli organizzativi che consentano di migliorare gli standard di qualità, efficacia ed appropriatezza dei servizi erogati.

L'organizzazione dipartimentale delle attività ospedaliere ha, infatti, consentito negli ultimi anni di raggiungere elevati livelli di funzionalità e di integrazione con graduale diminuzione dei costi di esercizio. Essa ha, inoltre, favorito lo sviluppo e l'integrazione di progetti sanitari complessi (non risolvibili nell'ambito delle singole unità operative), in taluni casi allargati fino a coinvolgere strutture sanitarie territoriali o, comunque, extra-ospedaliere.

In questo senso l'introduzione del “Five Days Ward” in una simile organizzazione dovrebbe esaltare ancor di più la centralità del paziente, rispetto al quale tutte le componenti strutturali del dipartimento vengono simultaneamente coinvolte e orientate per ottenere una precoce definizione diagnostica ed un tempestivo trattamento terapeutico, con conseguente riduzione della permanenza in ospedale.

I vantaggi attesi dalla realizzazione del progetto si possono così sintetizzare:

- pronta risposta al bisogno di salute dell'utente
- partecipazione dell'utente alle scelte che lo riguardano
- armonizzazione delle esigenze di cura con quelle rivolte al reinserimento più rapido
- possibile del paziente nel proprio ambiente familiare
- riduzione del rischio di infezioni ospedaliere come effetto della riduzione dei tempi di degenza

- ottimizzazione dell'organizzazione aziendale.
- I percorsi e i flussi fondamentali vengono gestiti con maggiore efficienza a livello dipartimentale, consentendo all'utenza un accesso più fluido e programmato del percorso diagnostico e terapeutico.
- Recupero di almeno cinque turni di personale sanitario

L'ottimizzazione nella distribuzione del personale che ne consegue permette al Dipartimento di riferimento di potenziare l'attività, soprattutto ambulatoriale, sia in termini quantitativi che qualitativi, pur mantenendo invariato il numero degli operatori.

La realizzazione del progetto potrebbe avvenire senza alcun onere finanziario.

A) Potenziando, nell'attività chirurgica, la "DAY SURGERY" ovvero la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive o semi invasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, o con eventuale pernottamento (one day surgery), in anestesia locale, loco regionale o generale, con l'immediata ricaduta di un aumento della soddisfazione degli utenti, diversificazione del flusso dei pazienti chirurgici, con benefici per gli stessi e per l'ospedale, razionalizzazione dell'organizzazione ospedaliera e liberamente di risorse per i pazienti affetti da patologie più impegnative

B) Prevedendo, da parte delle strutture ospedaliere maggiori, la creazione di 'piastre' ambulatoriali ad alta densità tecnologica finalizzate alla riduzione dei tempi di attesa oltre che al decongestionamento di tutta l'attività diagnostica interna che potrà essere maggiormente orientata alla produzione di ricovero.

C) Promuovendo specifiche iniziative di formazione e di sensibilizzazione dei dipendenti ai valori innovativi che caratterizzano la riorganizzazione delle rete ospedaliera, mediante l'applicazione delle LINEE GUIDA.

2.8 Analisi S.W.O.T.

L'analisi S.W.O.T. del Piano di rientro viene condotta sui punti di forza, debolezza propri del contesto di analisi e sulle opportunità e minacce che derivano dal contesto esterno cui sono esposte le specifiche realtà settoriali analizzate.

I punti di forza e di debolezza sono propri del contesto di analisi e sono modificabili grazie alla politica o all'intervento proposto.

Le opportunità e le minacce derivano dal contesto esterno e non sono quindi modificabili.

L'analisi SWOT è un'analisi ragionata del contesto settoriale in cui si realizza un programma di intervento. Lo scopo dell'analisi è quello di definire le opportunità di un ambito di intervento, che derivano da una valorizzazione dei punti di forza e da un contenimento dei punti di debolezza alla luce del quadro di opportunità e rischi che deriva, di norma, dalla congiuntura esterna.

L'analisi SWOT consente di identificare le principali linee guida strategiche in relazione ad un obiettivo globale di sviluppo settoriale; il suo utilizzo è raccomandato soprattutto in fase ex ante per migliorare l'integrazione del programma nel suo contesto; in fase intermedia consentirà di verificare se, in relazione ai cambiamenti intervenuti nel contesto, le linee di azione individuate siano ancora pertinenti e fornisce uno strumento per decidere modifiche al programma.

L'analisi SWOT del Piano –di seguito illustrata- è focalizzata sugli obiettivi specifici che quindi assumono il significato di “contesto settoriale”; a questo livello è infatti possibile evidenziare quali sono i punti di forza e debolezza, così come le opportunità e le minacce.

Di seguito è rappresentata in forma matriciale l'analisi SWOT del Piano.

Macrolivello Assetto Organizzativo				
Obiettivo specifico	Punti di forza	Punti di debolezza	Minacce	Opportunità
Assetto organizzativo ASREM	Esercizio unitario delle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione; coordinamento dell'attività territoriali nelle singole zone; funzioni di raccordo delle prestazioni sanitarie con gli altri soggetti erogatori pubblici e privati; riorganizzazione delle funzioni amministrative	Disomogeneità nei flussi informativi; differenze organizzative tra le diverse AASSLL	Iniziale resistenza al cambiamento	Riforma del sistema sanitario (legge n°9 del 2005); forte commitment del Governo Regionale

Macrolivello Assistenza territoriale				
Obiettivo specifico	Punti di forza	Punti di debolezza	Minacce	Opportunità
Riaspetto articolazione organizzativa dei distretti	Capillarità dell'assetto di offerta sanitaria territoriale	Identificazione della struttura di erogazione con il servizio; Numero elevato di punti decisionali dotati di autonomia e costi elevati di coordinamento; Difficoltà di assicurare omogenea erogazione dei LEA; Difficoltà ad assicurare l'integrazione con la dimensione socio-sanitaria; Scarso sviluppo nell'evoluzione delle funzioni distrettuali;	Resistenza al cambiamento da parte degli enti locali interessati dal processo di razionalizzazione che potrebbero rallentare lo stesso;	L'esistenza di ambiti sociali già esistenti ed operativi, dimensionati in coerenza con il piano di organizzazione dei distretti sanitari e, conseguentemente, la possibilità di assicurare una maggiore integrazione socio-sanitaria; Spinta nazionale verso il potenziamento di questo livello di assistenza.

Macrolivello Assistenza territoriale (segue)				
Obiettivo specifico	Obiettivo specifico	Obiettivo specifico	Obiettivo specifico	Obiettivo specifico
Potenziamento e regolazione dell'emergenza territoriale e della continuità assistenziale	Capillare diffusione del servizio	Eccesso di offerta di medici di continuità assistenziale; Esistenza di alcune zone non adeguatamente coperte dalla rete dell'emergenza	Nessuna	Sviluppo tecnologico nella telemedicina e in altri strumenti di comunicazione
Riequilibrio e regolazione dell'assistenza riabilitativa	Esistenza di poli consolidati di erogazione	Carenza di prestazioni riabilitative di terzo livello; Carenza di criteri di valutazione dell'appropriatezza; Carenza di sistemi di controlli e di verifica; Carenza di programmazione del fabbisogno; Carenza di funzionalità delle UVM	Invecchiamento della popolazione	Nessuna
Regolazione assistenza specialistica territoriale di diagnosi e cura	Nessuno	Eccesso di offerta di prestazioni specialistiche; Carenza di criteri di valutazione dell'appropriatezza; Carenza di sistemi di controllo e verifica; Carenza di programmazione del fabbisogno; Elevata presenza di strutture private; Carenza della cultura dei processi assistenziali	Crescita della domanda di assistenza specialistica da parte della popolazione; Invecchiamento della popolazione; Sviluppo tecnologico	Sviluppo tecnologico
Potenziamento e regolazione del sistema residenziale per assistenza anziani non autosufficienti	Esistenza di poli consolidati di erogazione	Squilibrio territoriale dell'offerta; Carenza di sistemi di controllo e verifica; Carenza di programmazione del fabbisogno; Elevata presenza, solo in alcune aree territoriali, di strutture private;	Invecchiamento della popolazione; Scarsa definizione di politiche intersettoriali	Fondo per la non autosufficienza; Forte richiesta da parte della popolazione e delle sue rappresentanze; Settore attrattivo per investimenti privati; Formulazione di politiche intersettoriali; Sviluppo tecnologico nella telematica e in altri strumenti di comunicazione.
Potenziamento del sistema delle cure domiciliari	Esistenza diverse sperimentazioni in via di consolidamento e ad alta valenza socio-sanitaria	Disequilibrio dell'offerta a livello territoriale; Carenza di sistemici controllo e verifica; carenza di programmazione del fabbisogno;	Resistenza culturale da parte della popolazione	Spinta nazionale verso il potenziamento di questo livello di assistenza; Sviluppo tecnologico nella telemedicina e in altri strumenti di comunicazione.
Rispetto del tetto di spesa previsto dalla normativa di riferimento	Adozione della ricetta unica nazionale con identificazione certa del medico prescrittore e avvio dal 2006 del monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche; Prescrizione diretta da parte dei medici specialisti; Capillarità della distribuzione territoriale delle farmacie convenzionate	Diffusione comportamenti prescrittivi inappropriati e scarsa cultura Evidence Based; Scarso sviluppo della distribuzione e somministrazione diretta dei farmaci alla dimissione e ai pazienti gestiti sul territorio in regime di RSA e ADI; Scarso ricorso al Technology Assessment per l'introduzione di nuovi farmaci ad elevato costo; Frammentazione dei processi di acquisto e di gestione del farmaco secondo modalità non economiche; Scarso ricorso all'utilizzo di farmaci generici e di prodotti galenici;	Eventuali aggiornamenti economici del Prontuario Farmaceutico e delle politiche nazionali di partecipazione del cittadino alla spesa farmaceutica; Progresso scientifico in campo farmacoterapeutico con l'immissione sul mercato di specialità ad elevato costo;	Nessuna

Macrolivello ospedaliero				
Obiettivo specifico	Punti di forza	Punti di debolezza	Minacce	Opportunità
Riassetto della rete ospedaliera	Esistenza di alcune realtà eccellenti sia sul piano organizzativo che professionale con riflessi positivi sul fronte della mobilità interregionale	Elevato numero di posti letto per acuti sia a livello globale che rispetto a singole specialità; Carenza di posti letto per lungodegenza; Disequilibrio dei posti letto per la riabilitazione; Elevato numero di presidi ospedalieri; Indifferenziazione della produzione; Consistente numero di strutture private; Scarso sviluppo di strutture territoriali alternative al ricovero;	Resistenze al cambiamento sia degli enti locali che degli operatori interessati al processo di cambiamento	Esistenza di un polo universitario con la facoltà di medicina e chirurgia.
Riduzione tasso di ospedalizzazione	Somma dei punti di forza degli altri interventi	Somma dei punti di debolezza degli altri interventi	Somma delle minacce degli altri interventi; Crescita della domanda di assistenza complessa, anche sul piano tecnologico, e intensa da parte della popolazione; Invecchiamento della popolazione;	Somma delle opportunità degli altri interventi
Sviluppo regimi di assistenza alternativa ai ricoveri ordinari	Assenza di vincoli precostituiti e determinati dallo sviluppo storico dei servizi e delle specialità	Scarso sviluppo dei regimi di ricovero a carattere diurno e delle prestazioni complesse in ambito ambulatoriale; Scarsa cultura generale sul ricovero diurno a livello di operatori ospedalieri, di strutture di invio e di pazienti; Scarso sviluppo di modelli organizzativi adeguati alla gestione del ricovero in regime diurno con modalità efficienti ed efficaci; Difficoltà di integrazione con le strutture territoriali e, in particolare, con i MMG;	Difficoltà a trasmettere alla popolazione la cultura della prestazione in regime diurno;	nessuna
Sviluppo sistemi di valutazione e controllo della appropriatezza	Buona qualità media dei professionisti	Scarsa cultura dell'audit; Scarso sviluppo dei sistemi di controllo dell'appropriatezza sia a livello regionale che aziendale	Nessuna	L'esistenza di modelli concettuali di riferimento consolidati al fine di monitorare e valutare l'appropriatezza in campo sanitario; L'evoluzione in campo IT che consente di misurare fenomeni sempre più complessi a costi contenuti

2.9 Obiettivi specifici

N	Descrizione
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

2.9.1 Macrolivello Assetto Organizzativo

Obiettivi specifici	Obiettivi operativi	Interventi	Indicatori	Fonti di verifica
1 Redazione del Piano Sanitario Regionale	1.1 Redazione della DGR contenente la proposta di piano per il CR	DGR relativa al PSR	DGR relativa al PSR	DGR prime linee guida PSR entro 30/6/ 2007 DGR entro il 30/9/2007 di proposta PSR al CR DCR entro 31/12/2007
2 Ridefinizione assetto dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise attraverso l'approvazione dell'atto aziendale redatto dalla ASREM	2.1 Atto aziendale ASREM	Provvedimento regionale di approvazione recante, altresì, le linee guida per il riordino della rete ospedaliera, con particolare riferimento alle procedure relative allo sviluppo del commercio elettronico, che prenda atto, espressamente, della previsione del ricorso al mercato elettronico, in applicazione delle disposizioni di settore per l'acquisto di beni e servizi.	Provvedimento regionale di approvazione	DGR di approvazione entro 15/5/2007
3 Misure di contenimento della spesa per personale, beni e servizi	3.1 Intervento regionale per la riduzione delle spese per il personale	Provvedimento regionale contenente misure vincolanti per il Direttore Generale dell'ASReM e i Direttori di Zona per l'applicazione delle disposizioni di cui all'art. 1, c. 565, della legge finanziaria 2007, ai fini della riduzione della spesa per il personale.	Adozione DGR entro il 31/3/2007 ; Adozione dei provvedimenti applicativi da parte dell'ASReM entro il 31 maggio 2007 ; Rideterminazione dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa; Diminuzione del numero di Unità lavorative in servizio a tempo indeterminato e a tempo determinato al 31 dicembre degli anni 2007, 2008, 2009; Diminuzione del numero di UOC e UOS attive; Diminuzione del numero di contratti di consulenza in essere; Contenimento della spesa per il personale, il lavoro interinale e per le consulenze entro i tetti previsti per gli anni 2007–2009,	DGR di adozione delle misure (integrativa e di rettifica delle DGR n. 183 del 6–3–2007 e n. 244 del 19/03/2007 relative all'intervento) Provvedimenti ASREM entro il 31/5/2007 Verifiche trimestrali e a consuntivo per gli anni 2007–2008–2009

Macrolivello Assetto Organizzativo (segue 2.9.2)

Obiettivi specifici	Obiettivi operativi	Interventi	Indicatori	Fonti di verifica
	3.2 Riduzione oneri per il personale finalizzati all'abbattimento delle liste d'attesa	A partire dall'anno 2008 e per l'anno 2009, riduzione ,nella misura del 15% rispetto al costo 2006, della spesa per le prestazioni richieste dall'Azienda, in via eccezionale e temporanea, ai Dirigenti Medici e Veterinari, ad integrazione dell'attività istituzionale, allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive, di cui all'art. 55 del C.C.N.L. dell'area della Dirigenza Medica e Veterinaria del S.S.N. quadriennio 1998-2001 (Acc. 8- 6-2000)	DGR entro 31/5/2007 di fissazione tetti di spesa per gli anni 2008-2009; Provvedimento di DG ASREM fissazione tetti di spesa per i direttori di zona; Completamento dell'attività ricognitiva da parte dell'ASREM entro 30.9.2007; DGR entro 31/10/2007 eventuale ridefinizione tetti di spesa. Tetti di spesa fissati per gli anni 2008 e 2009, come sopra calcolati	Provvedimenti di Giunta regionale; Provvedimenti applicativi del Direttore generale ASReM; Verifica trimestrale a far data dal primo trimestre 2008; Modello CE (Voce B.5 Personale Ruolo Sanitario)
	3.3 Razionalizzazione dell'acquisto di beni sanitari non farmaceutici	L'impatto economico relativo alla razionalizzazione degli acquisti produrrà i suoi effetti nel corso dell'anno 2009, in particolare sulle seguenti categorie merceologiche: - presidi chirurgici e materiali sanitari - materiali protesici e materiali per emodialisi	Redazione dei capitoli espletamento delle gare. DGR entro il 31/5/2007 e provvedimenti applicativi del DG ASReM.	DGR entro il 31/5/2007 e provvedimenti applicativi del DG ASRem. DGR ricognitiva dello stato di realizzazione del sistema unitario degli acquisti centralizzati, nonché delle conseguenti economie, entro il 31/12/2008 CE anno 2009
	3.4 Razionalizzazione dell'acquisto di servizi non sanitari	L'impatto economico delle azioni per la razionalizzazione degli acquisti produrrà i suoi effetti nel corso dell'anno 2008 e 2009, in particolare sulle seguenti categorie di servizi non sanitari: - lavanderia - mensa - pulizie - smaltimento rifiuti - utenze telefoniche - altre utenze - altro	Redazione dei capitoli espletamento delle gare.	Delibera di Giunta Regionale ricognitiva dello stato di realizzazione del sistema unitario degli acquisti centralizzati, nonché delle conseguenti economie, entro il 30/6/2008 . CE 2008 e 2009
3a Correlazione tra Piano e strumenti di programma	3a.1 Recupero adempimenti di cui all'accordo Stato Regioni del 23/3/2005	Provvedimenti regionali di riallineamento con Delibere Vincolanti	Relative DGR	Adozione ulteriori DGR entro 30/4/ 2007
3b Adeguamento alle indicazioni del P.S.N per il triennio 2006-2008	3b.1 Riqualificazione della rete del S.S.R.	- Garanzia dei LEA - Riorganizzazione cure primarie - Riqualificazione della rete ospedaliera - Governo clinico +Integrazione dei livelli di assistenza sanitaria e sociale - Piano della prevenzione	Relative DGR	Adozione ulteriori DGR entro 31/12/ 2007

2.9.2 Macrolivello Assistenza Territoriale

Obiettivi specifici	Obiettivi operativi	Interventi	Indicatori	Fonti di verifica
4 Riassetto articolazione organizzativa dei distretti	4.1 Ricondurre il numero dei distretti in misura adeguata al D. L. vo 229/99	Ricondurre il numero dei distretti dagli attuali n. 13 a n. 7 con la coincidenza dei distretti con 1 o più ambiti sociali per una più coerente ed incisiva programmazione e gestione delle politiche di integrazione socio-sanitaria.	Realizzazione di n. 7 Distretti sanitari	DGR di approvazione del riassetto entro il 30/6/ 2007
5 Potenziamento e regolazione del sistema delle cure primarie	5.1 Razionalizzare la distribuzione dei punti di soccorso e di presidi di continuità assistenziale	Analisi della distribuzione dei punti di soccorso territoriale e delle attività dei presidi di continuità assistenziale; Stesura del piano di razionalizzazione; messa a regime del piano di razionalizzazione	Report analitico Piano di razionalizzazione comprensivo degli indicatori di verifica intermedi e finali; Applicazione degli indicatori di verifica intermedi e finali	Adozione DGR entro 30/6/2007 Documentazione probatoria dell'intervento previsto
6 Riequilibrio e regolazione dell'assistenza riabilitativa	6.1 Riequilibrio territoriale dell'offerta riabilitativa intensiva ed estensiva ed individuazione medici prescrittori distrettuali	Ridefinizione dei trattamenti riabilitativi in regime extra-ospedaliero Costruzione del piano del fabbisogno dell'offerta riabilitativa	Elenco criteri di classificazione Piano del fabbisogno offerta riabilitativa	DGR su criteri di classificazione entro 31/12/2007 Piano Sanitario Regionale stralcio sulla riabilitazione entro 31/12/2007
	6.2 Ricondurre la spesa riabilitativa (domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale) a 50 pro-capite, prossimo al valore medio nazionale	Linee guida per verifica appropriatezza con definizione di: criteri di ammissione a prestazioni di riabilitazione, piano riabilitativo, criteri di verifica	Linee guida appropriatezza riabilitazione	DGR linee guida appropriatezza riabilitazione entro 31/12/2007
		Adozione di uno strumento di valutazione multidimensionale per l'ammissione delle prestazioni assistenziali per anziani ed altri tipi di pazienti non autosufficienti dopo averlo concordato con Ministero Economia e Finanze e Ministero Salute	Strumento di valutazione multidimensionale	DGR entro il 30/9/2007 di adozione dello strumento multidimensionale dopo averlo concordato con Ministero Economia e Finanze e Ministero Salute
		Revisione del sistema di tariffazione dei trattamenti riabilitativi in regime extraospedaliero	Sistema di tariffazione	DGR entro 30/6/2007

Macrolivello Assistenza Territoriale (segue 2.9.2)

Obiettivi specifici	Obiettivi operativi	Interventi	Indicatori	Fonti di verifica
6 Riequilibrio e regolazione dell'assistenza riabilitativa	6.2 Ricondurre la spesa riabilitativa (domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale) a 50 pro-capite, prossimo al valore medio nazionale	Ridefinizione dei budget	Piano delle prestazioni con le strutture private accreditate	DGR n. 181 del 6 marzo 2007 e DGR 243 del 19/03/2007 di determinazione dei tetti di spesa per le strutture private accreditate per gli anni 2007, 2008 e 2009 DGR n. 111 del 09-02-2007 di recepimento integrale del DM 12 settembre 2006, che sulla specialistica, rinvia al D.M. 22/07/2006 (con relativi allegati) DGR di revoca entro il 31/3/2007 della DGR n. 185 del 6/3/2007 di integrazione del nomenclatore tariffario per la parte tariffaria relativa alla chirurgia refrattiva, e riconduzione delle tariffe al D.M. 12/9/2006. Adozione del piano delle prestazioni entro il 30/3/2007 DGR di fissazione dei budget per singolo erogatore entro il 20/4/2007

Macrolivello Assistenza Territoriale (segue 2.9.2)

Obiettivi specifici	Obiettivi operativi	Interventi	Indicatori	Fonti di verifica
7 Regolazione di assistenza specialistica ambulatoriale di diagnosi e cura	7.1 Contenimento liste di attesa	Adozione ed attuazione del Piano Regionale di Contenimento dei tempi di attesa	Tempi di attesa per le prestazioni sanitarie critiche	DGR n. 184 del 06/03/2007 contenente il Piano Regionale di Contenimento T.A. Piano Attuativo Aziendale ASREM 15/05/2007 Documentazione Regionale monitoraggio Tempi di Attesa 2007-2009
	7.2 Appropriatezza assistenza specialistica ambulatoriale di diagnosi e cura	Elaborazione linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici Regionali. Piano regionale contenimento Tempi di Attesa	Report semestrale prestazioni alta complex tecnologica, costo elevato, alto rischio di inappropriatezza Numero erogatori che adottano i protocolli diagnostici (valutazione annuale)	DGR n. 184 del 06/03/2007 contenente il Piano Regionale di Contenimento T.A. Piano attuativo aziendale ASREM entro il 15/05/2007 Documentazione Regionale Monitoraggio T.A. 2007-2009 DGR Linee Guida e Protocolli Diagnostici Patologie Oncologiche entro 30/6/2007 DGR Linee Guida e Protocolli Diagnostici Patologie maggiore impatto entro il 31/12/2007, 31/12/2008, 31/12/2009
	7.3 adozione del tariffario di cui al DM 12 settembre 2006 per l'assistenza specialistica	Recepimento integrale con formale provvedimento di GR del DM di determinazione delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie comprensivo delle tariffe relative alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.	Remunerazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale secondo le tariffe ex DM 12-09-2006. Riconduzione delle tariffe superiori a quelle previste nel DM 12 -09-2006	DGR n. 111 del 09/02/07 di recepimento integrale del DM 12 settembre 2006 che sulla specialistica rinvia al D.M. 22/07/2006 (con relativi allegati) DGR di revoca entro il 31/3/2007 della DGR n. 185 del 6/3/2007 di integrazione del nomenclatore tariffario per la parte tariffaria relativa alla chirurgia refrattiva

Macrolivello Assistenza Territoriale (segue 2.9.2)

Obiettivi specifici	Obiettivi operativi	Interventi	Indicatori	Fonti di verifica
8 Potenziamento e regolazione del sistema residenziale per assistenza anziani non autosufficienti	8.1 Riequilibrio territoriale dell'offerta di strutture per anziani non autosufficienti: RSA	Costruzione del piano del fabbisogno dell'offerta di RSA	Piano del fabbisogno offerta di RSA	Adozione DGR a stralcio del P.S.R. entro 30/9/2007
		Potenziamento delle funzioni di RSA nei territori con carenza di servizi	Progetti di attivazione di nuove RSA	Documentazione attività nuove RSA entro 30/9/2007
	8.2 Appropriatezza dell'utilizzo dei regimi assistenziali residenziali per anziani non autosufficienti	Applicazione del sistema RUG III	Sistema informativo sugli anziani non autosufficienti presenti nelle strutture residenziali	Report regionale annuale sul case mix delle strutture residenziali per anziani non autosufficienti: - 30/6/2008 - 31/12/2008 - 31/12/2009
		Adozione di uno strumento di valutazione multidimensionale per l'ammissione delle prestazioni assistenziali per anziani ed altri tipi di pazienti non autosufficienti dopo averlo concordato con Ministero Economia e Finanze e Ministero Salute	Strumento di valutazione multidimensionale	DGR entro il 30/9/2007 di adozione dello strumento multidimensionale dopo averlo concordato con Ministero Economia e Finanze e Ministero Salute
9 Potenziamento del sistema delle cure domiciliari	9.1 Riorganizzazione del sistema delle cure domiciliari	Redazione ed approvazione delle linee guida regionali sul sistema delle cure domiciliari	Linee guida regionali	DGR linee guida "Sistema cure domiciliari" entro 30/5/2007 Provvedimenti attuativi ASREM entro 30/6/2007
		Adozione di uno strumento di valutazione multidimensionale per l'ammissione delle prestazioni assistenziali per anziani ed altri tipi di pazienti non autosufficienti dopo averlo concordato con Ministero Economia e Finanze e Ministero Salute	Strumento di valutazione multidimensionale	DGR entro il 30/9/2007 di adozione dello strumento multidimensionale dopo averlo concordato con Ministero Economia e Finanze e Ministero Salute
	9.2 Aumento progressivo dell'assistenza domiciliare nelle varie forme previste dalle linee guida	Attuazione linee guida regionali sul sistema delle cure domiciliari. Riduzione del 10% del numero di ricoveri ordinari e delle giornate di degenza	- numero totale casi trattati in A.D. per anno - numero totale ricoveri ordinari per anno - numero totale giornate degenza per anno - numero totale distretti sanitari che applicano le nuove linee guida/ numero tot distretti sanitario regionali	DGR linee guida nuovo sistema cure domiciliari entro 30/5/2007 Provvedimenti attuativi ASREM entro 30/6/2007 Report annuale SISR 2008-2009 Report annuale ASREM sulle cure domiciliari 2008-2009

Macrolivello Assistenza Territoriale (segue 2.9.2)

Obiettivi specifici	Obiettivi operativi	Interventi	Indicatori	Fonti di verifica
10. Misure di razionalizzazione e dell'uso della risorsa farmaco in ambito territoriale	10.1 Estensione dei progetti di diffusione dell' <i>Evidence Based Medicine</i> (Arianna) all'intero territorio regionale	Adesione del 25% dei MMG al progetto Arianna	Studi Caso-Controllo degli indici di spesa per assistito pesato. Rapporto spesa/Indice di complessità dei casi trattati in due gruppi di MMG (aderenti vs non aderenti al progetto)	DGR per l'estensione del progetto "Arianna" entro 30/6/2007 Dati di spesa farmaceutica convenzionata entro 31/10/2007- 2008-2009
	10.2 Potenziamento dell'utilizzo dei farmaci generici in tutti gli ambiti prescrittivi e assistenziali	Accordi specifici con la medicina generale; corsi di formazione per i prescrittori territoriali e ospedalieri.	Livello di prescrizione dei farmaci generici Flussi informativi derivanti dall'acquisizione dei dati all'atto della spedizione della ricetta	Monitoraggio della prescrizione dei farmaci generici entro 31/10/2007-2008-2009 Documentazione probatoria dimostrativa del collegamento con il progetto tessera sanitaria entro 31/7/2007
	10.3 Distribuzione diretta Ossigeno terapeutico	Attivazione del servizio di distribuzione diretta	Valori di spesa ossigeno liquido	Aggiudicazione gara entro 31/3/ 2008
		Sperimentazione estesa di applicazioni di telemedicina per il monitoraggio a distanza dei pazienti affetti da BPCO in ossigenoterapia	Numero pazienti monitorati per via telematica	Documentazione avvio sperimentazione su 50 pazienti pari al 10% dei Pz in trattamento entro 30/5/2008
	10.4 Prezzo massimo di rimborso sui medicinali appartenenti alla categoria terapeutica omogenea ATC A02 BC "inibitori della pompa acida"	Adozione del prezzo massimo di rimborso per gli inibitori della pompa acida	Indicatori di risparmio connessi all'applicazione del prezzo massimo di rimborso	DGR concernente l'applicazione del prezzo massimo di rimborso entro 31/3/2007 Documentazione probatoria (report) entro 31/10/2007-2008-2009
	10.5 Monoprescrizione a carico SSN dei medicinali appartenenti alla categoria terapeutica omogenea ATC C10AA "statine"	Adozione del regime della mono prescrizione per le statine	Indicatori di risparmio connessi all'applicazione della monoprescrizione	DGR concernente la limitazione ad una sola confezione per ricetta delle statine entro 31/3/2007 . Documentazione probatoria report entro 31/10/2007-2008-2009
	10.6 Inserimento nuove molecole del Prontuario Ospedale Territorio (PHT) nel regime della "distribuzione per conto SSR"	Estensione nell'ambito della "distribuzione per conto" di nuove molecole estrapolate dal PHT	Stipula contratti di fornitura	DGR ricognitiva dei contratti di fornitura delle nuove molecole del PHT inserite nella "distribuzione per conto" entro 30/4/2007 . Documentazione probatoria (report) entro 31/10/2007-2008-2009

2.9.3 Macrolivello Assistenza Ospedaliera

Obiettivi specifici	Obiettivi operativi	Interventi	Indicatori	Fonti di verifica
11 Riassetto della rete ospedaliera	11.1 Nuova dotazione posti letto per strutture pubbliche e private accreditate	Riconduzione progressiva del numero dei posti letto a 4.725 x mille, nel triennio 2007-2009	Determinazione posti letto	DGR n. 167 del 27/02/2007 di adozione dello standard nazionale dei posti letto nel triennio 2007-2009
			Riduzione di almeno il 40 % dell'eccesso di numero dei posti letto nel primo anno	DGR n. 181 del 6/3/2007 e DGR 243 del 19/03/2007 di adozione dei tetti di spesa per i privati accreditati (ospedaliera, specialistica, riabilitativa, integrativa, e altre prestazioni) per gli anni 2007, 2008 e 2009 DGR n. 111 del 09-02-2007 di recepimento del DM 12 settembre 2006 nel senso che importi tariffari superiori al DM sono ricondotti ai valori del DM 12 settembre 2006 DGR di revoca entro il 31/3/2007 della DGR n. 185 del 6/3/2007 di integrazione del nomenclatore tariffario per la parte tariffaria relativa alla chirurgia refrattiva, e riconduzione delle tariffe al D.M. 12/9/2006. Documentazione probatoria dell'avvenuta riduzione del 40% dell'eccesso di numero di posti letto effettivamente a carico del SSN rispetto allo standard : DGR entro il 30-6-2007 e DGR entro il 31-12-2007 per il primo anno, DGR entro il 31-12-2008 per il secondo anno, DGR entro il 31-12-2009 per il terzo anno

			Raggiungimento dello standard di posti letto per 4,725 x mille abitanti	Documentazione probatoria del raggiungimento dello standard di posti letto del (4,5) 4.725 x mille abitanti DGR entro il 30-6-2007 e DGR entro il 31-12-2007 per il primo anno, DGR entro il 31-12-2008 per il secondo anno, DGR entro il 31-12-2009 per il terzo anno
--	--	--	--	---

Macrolivello Assistenza Ospedaliera 2.9.3 (segue)

Obiettivi specifici	Obiettivi operativi	Interventi	Indicatori	Fonti di verifica
11 Riassetto della rete ospedaliera	11.2 Classificazione delle strutture di ricovero	Classificazione ospedali su 4 livelli	Configurazione prevista: a) ospedale ad elevata intensità clinico-assistenziale; b) Ospedali della rete ospedaliera locale n. 3 di cui 2 strutturati come presidi con 2 stabilimenti soggetti a riclassificazione e ristrutturazione c) Presidi ospedalieri della rete ospedaliera privata n.3 ; d) IRCCS, Alta specializzazione n. 2	Provvedimento regionale di ridefinizione della rete entro 31-12-2007
				Provvedimento regionale di riclassificazione, riqualificazione, ristrutturazione delle strutture di ricovero regionali entro 31-12-2007
	11.3 Autorizzazione e accreditamento delle strutture di ricovero	Definire i criteri di autorizzazione e di accreditamento delle strutture e attività ospedaliere	Provvedimenti regionali sul sistema di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie	Provvedimento regionale sul sistema di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie DGR 102 del 09-02-2007 e DGR per C.R. di proposta della L.R. entro 31/7/2007
			Manuali di autorizzazione e di accreditamento	DGR di approvazione manuale di autorizzazione e accreditamento entro il 30-3-2007
			Procedure di autorizzazione e di accreditamento	DGR di approvazione delle procedure di autorizzazione e accreditamento entro 30-6-2007
		Costituzione dell'Organismo Regionale per l'accREDITAMENTO	Costituzione e regolamentazione	DGR n. 102 del 09/02/2007 di costituzione e regolamentazione (CRASS) e DGR 245 del 19/03/2007

Macrolivello Assistenza Ospedaliera 2.9.3 (segue)

Obiettivi specifici	Obiettivi operativi	Interventi	Indicatori	Fonti di verifica
11 Riassetto della rete ospedaliera	11.3 Autorizzazione e accreditamento delle strutture di ricovero	Avviare il processo di autorizzazione e accreditamento	Applicazione procedure di autorizzazione nuove realizzazioni e revisione autorizzazioni strutture esistenti	Documentazione probatoria dell'applicazione procedure di autorizzazione, nuove realizzazioni e revisione autorizzazioni strutture esistenti entro il 30-6-2007 Approvazione della L.R. entro il 31/12/2007
	11.4 Elaborazione Linee Guida per attività e funzionamento IRCCS, Strutture ad elevata specializzazione	Elaborazione Linee Guida per attività e funzionamento IRCCS, Strutture ad elevata specializzazione	Provvedimenti regionali sul sistema di autorizzazione, accreditamento e funzionamento delle strutture IRCCS, Strutture ad elevata specializzazione	DGR sul sistema di autorizzazione e accreditamento delle strutture IRCCS, Strutture ad elevata specializzazione DGR entro il 30-06-2007 DGR linee guida entro il 31/12/2007
12 Riduzione tasso di ospedalizzazione	12.1 Abbattimento di 20 punti dell'attuale tasso di ricovero (251 x mille)	Obiettivo da fissare nella legge finanziaria regionale per il 2007, negli obiettivi 2007 del Direttore generale della ASREM e nei nuovi contratti negoziali con le strutture private	Portare il tasso di ospedalizzazione nel 2007 a 230	DGR entro il 30/4/2007 . Documentazione probatoria relativa all'anno in esame entro il 31/7/2008 . Tasso di ospedalizzazione desunto dalle SDO del 2007.
		Obiettivo da fissare nella legge finanziaria regionale per il 2008, negli obiettivi 2008 del Direttore generale della ASREM e nei nuovi contratti negoziali con le strutture private	Portare il tasso di ospedalizzazione nel 2008 a 210	DGR entro il 30/4/2007 . Documentazione probatoria relativa all'anno in esame entro il 31/7/2009 . Tasso di ospedalizzazione desunto dalle SDO del 2008.
		Obiettivo da fissare nella legge finanziaria regionale per il 2009, negli obiettivi 2009 del Direttore generale della ASREM e nei nuovi contratti negoziali con le strutture private	Portare il tasso di ospedalizzazione nel 2009 a 180	DGR entro il 30/4/2007 . Documentazione probatoria relativa all'anno in esame entro il 31/7/2010 . Tasso di ospedalizzazione desunto dalle SDO del 2009.

Macrolivello Assistenza Ospedaliera 2.9.3 (segue)

Obiettivi specifici	Obiettivi operativi	Interventi	Indicatori	Fonti di verifica
12 Riduzione tasso di ospedalizzazione	12.2 Contenimento della domanda di ricovero ospedaliero	Potenziamento del sistema delle cure intermedie e delle cure domiciliari	Si rinvia allo schema del macrolivello territoriale	
		Costituzione dell'Osservatorio Regionale sull'Appropriatezza in Medicina Generale.	Tasso di ospedalizzazione popolazione molisana in progressiva riduzione (da 251 x mille nel 2005 a 180 per mille nel 2009)	DGR entro il 30/4/2007 di costituzione dell'Osservatorio
		Inserimento nel contratto integrativo regionale di misure atte a condividere il ricorso all'utilizzo di regimi assistenziali alternativi al ricovero ospedaliero		DGR n. 173 del 27/2/2007 di definizione accordo decentrato regionale
		Diffusione su tutto il territorio regionale del processo di budget di attività per il sistema delle cure primarie		Documentazione probatoria della ASREM sugli obiettivi di budget per il sistema delle cure primarie e report semestrali sui ricoveri ospedalieri per singolo MMG e PLS
	12.3 Messa a regime del piano annuale delle prestazioni ospedaliere	Inserimento del piano delle attività ospedaliere nei processi di budget 2007, 2008, 2009	Piano delle prestazioni ospedaliere	DGR n. 181 del 06/03/2007 di definizione dei tetti di spesa per il triennio 2007-2009 e DGR 243 del 19/3/2007 Documentazione probatoria del piano delle prestazioni ospedaliere per le strutture pubbliche e private. Adozione del piano delle prestazioni entro il 30/3/2007 DGR di fissazione dei budget per singolo erogatore entro il 20/4/2007 Verifica CE annuale.
13 Sviluppo regimi di assistenza alternativi ai ricoveri ordinari	13.1 Regolamentazione dei regimi di assistenza alternativi ai ricoveri ordinari	Provvedimenti regionali		DGR entro il 30/6/2007 a modifica della DGR 1409/04 e adeguamento della DGR 104/07
	13.2 Istituzione posti letto DH e DS	Provvedimenti regionali per le aziende pubbliche e private sulla istituzione e regolamentazione dei posti di DH e DS	Entro il 2007 almeno il 15 % per acuti dedicati a DH e DS	DGR n. 167 del 27/02/2007 di adozione dello standard dei posti letto: i posti letto di dh e ds devono essere ricompresi nello standard nazionale DGR entro il 31/12/2007
	13.3 Regolamentazione ed avvio di regimi di ricovero territoriale alternativi all'ospedaliero	Deliberazione regionale per la regolamentazione di ospedali di comunità e RSA	Avvio attività entro il 2007	Verifica mensile tramite CE ASREM
			Attività a regime entro il 2009 numero di ricoveri per anno su PL tecnici / totale ricoveri	Verifica mensile tramite CE ASREM

Macrolivello Assistenza Ospedaliera 2.9.3 (segue)

Obiettivi specifici	Obiettivi operativi	Interventi	Indicatori	Fonti di verifica
14 Sviluppo sistemi di valutazione e controllo dell'appropriatezza	14.1 Messa a regime del sistema di valutazione approvato con provvedimento regionale	Attivazione di protocollo di valutazione	Formazione dei valutatori	Documentazione probatoria dell'avvenuta formazione valutatori entro 31/12/2007
			Applicazione del sistema	Documentazione probatoria dell'avvenuta applicazione del sistema di valutazione entro il 31/12/2008
	14.2 Definizione di ulteriori requisiti appropriatezza attività ospedaliere	Definizione di ulteriori criteri di appropriatezza riferiti a ricoveri ordinari, DH e DS e riabilitazione ospedaliera	Elenco criteri e indicatori di appropriatezza riferiti ai ricoveri ordinari, DH e DS e riabilitazione ospedaliera	DGR entro il 30/6/2007 a modifica della DGR 1409/04 e adeguamento della DGR 104/07 che individua ulteriori parametri di appropriatezza
	14.3 Ridefinizione del sistema di controllo ispettivo	Ridefinizione del sistema di controllo ispettivo regionale	Ricostituzione e disciplina del sistema di controllo ispettivo regionale	DGR entro il 30/4/2007 per la ridefinizione del sistema di controllo ispettivo regionale e contestuale proposta della G.R. al C.R. di modifica della L.R. 14/1986 "disciplina del servizio ispettivo"
		Costituzione dei nuclei di controllo di appropriatezza territoriale	Deliberazioni sui nuclei di controllo di appropriatezza territoriali	Deliberazione ASREM di costituzione e gestione dei nuclei di controllo entro il 31/12/2007
	14.4 Potenziamento dell'attività di monitoraggio tramite il progetto tessera sanitaria	implementazione progetto tessera sanitaria per il monitoraggio delle prescrizioni e analisi delle stesse		DGR n. 164 del 27/02/2007 di realizzazione tessera sanitaria Cronoprogramma concordato con il Ministero e la Sogei spa

Macrolivello Assistenza Ospedaliera 2.9.3 (segue)

Obiettivi specifici	obiettivi operativi	Interventi	Indicatori	fonti di verifica
15 Misure di razionalizzazione e dell'uso della risorsa farmaco in ambito ospedaliero. Ottimizzazione dei processi di acquisto.	15.1 Promuovere l'uso corretto del farmaco secondo criteri basati sull'appropriatezza di prescrizione, sicurezza ed economicità in ambito ospedaliero	Istituzione della commissione terapeutica regionale, redazione del prontuario terapeutico ospedaliero regionale e norme di trasparenza per l'emendamento del prontuario	Valutazione della spesa media di farmaci ad uso ospedaliero Rapporto di spesa tra farmaci in PTOR ed extra PTOR	Istituzione della commissione entro 31/3/2007 e redazione del prontuario entro 30/6/2007 Documentazione probatoria indicatori (reports) entro 31/12/2007-2008-2009
		Attuazione del progetto SISR – Lotto 2 (Salvafarmaco) per la gestione logistica del farmaco in ambito ospedaliero	Sistema di indicatori di risparmio in attuazione al contratto SISR Lotto 2 (Salvafarmaco)	Quantificazione degli indicatori di risparmio e razionalizzazione entro 28/2/2008
	15.2 Individuazione dei centri per la redazione dei piani terapeutici	Costituzione dei centri per la redazione dei piani terapeutici	Spesa per farmaci fascia H rapportata al numero di Pz in trattamento.	DGR di individuazione dei centri abilitati alla redazione dei piani terapeutici entro 31/5/2007 Dati di spesa per i farmaci interessati entro 31/12/ 2007-2008-2009
	15.3 Unificazione del sistema di approvvigionamento	Gara regionale di acquisto dei farmaci anche sulla base del nuovo prontuario ospedaliero regionale	Redazione capitolato	DGR concernente la ricognizione dell'avvenuta unificazione dei sistemi di approvvigionamento dei farmaci, con riferimento a quanto disposto con DGR n. 1423/2004 e con legge regionale n. 9 del 2005 di riordino del Servizio Sanitario Regionale nonché ricognizione della redazione del capitolato di gara e dei successivi atti applicativi (delibera indizione, pubblicazione del bando) entro 30/6/2007 DGR relativa a sanzioni da applicare nei confronti degli amministratori che non si adeguano alle misure di razionalizzazione adottate entro 30/6/2007
			Espletamento della gara	DGR di ricognizione dell'aggiudicazione della gara entro 31/12/2007
	15.4 Potenziamento dell'utilizzo dei farmaci generici in ambito ospedaliero	Sostituzione farmaco a brevetto scaduto con corrispondente generico	Stipula contratto di fornitura	DGR ricognitiva dei contratti di fornitura dei farmaci generici entro 31/12/2007-2008-2009
	15.5 Elaborazione del Piano di contenimento della spesa farmaceutica non convenzionata al fine di accedere al finanziamento di cui al comma 181 della legge 311/2004	Adozione del Piano di contenimento della spesa farmaceutica non convenzionata		DGR n. 169 del 27/2/2007 di approvazione del piano

2.9.4 Obiettivi generali e legge finanziaria 2007

Obiettivo	Obiettivi operativi	Interventi	Indicatori	Fonti di verifica
16 Implementazione Contabilità Analitica per centri di costo e responsabilità	16.1 Affinamento del sistema aziendale unico di Contabilità Analitica, con disponibilità di dati consolidabili provenienti dalle diverse zone ASREM., confluenti nel Datawarehouse	- Completamento rete informatica regionale - Costituzione del Datawarehouse	a) Scostamenti, da parte della direzione aziendale unica, per verificare l'andamento dei costi rispetto alle previsioni; b) Flussi di dati aziendali, derivanti dall'attuazione del controllo di gestione; c) Appropriatezza delle appostazioni contabili nelle quattro zone in cui si divide l' ASREM.	DGR entro 30/4/2007 di direttiva al Direttore Generale ASREM Documentazione probatoria degli indicatori
	17.1 Misura nazionale AIFA – determinazione 27 settembre 2006: effetto sul 13%	Rispetto tetto programmato farmaceutica convenzionata (13%) anche mediante la manovra Aifa	Flussi informativi	Documentazione probatoria , dati spesa farmaceutica convenzionata 31/1/2008-2009-2010
17 Conseguimento dei risparmi previsti dalla normativa nazionale	17.2 Misura nazionale AIFA – determinazione 27 settembre 2006: effetto sul 3%	Rispetto tetto programmato farmaceutica non convenzionata (3%) anche mediante la manovra Aifa	Flussi informativi	Documentazione probatoria , dati contabili modelli CE voce B0020 (loro scadenze) Rendicontazione dei dati riferiti agli sconti di legge 31/12/ 2007-2008-2009
	17.3 Maggiori entrate da ticket sulla specialistica e ticket sul pronto soccorso – codici bianchi – settore pubblico	Specifica circolare ricognitiva documento di disciplina del Triage e di riorganizzazione del CUP	Flussi informativi ASREM	DGR ricognitiva entro 30/6/2007
	17.4 Minori spese da sconto da laboratori privati, farmaci off label, dispositivi medici e ticket presso strutture private	Attuazione adempimenti legge finanziaria 2007	Flussi informativi Osservatorio Regionale Monitoraggio spese da sconto	DGR 111/07 di recepimento del DM 12/9/2006 e determinazione tariffe massime DGR 163/07 di ricognizione degli adempimenti stabiliti dalla legge finanziaria 2007 e Patto per la Salute DGR 168/07 di approvazione direttiva sulle terapie off label DGR costitutiva Osservatorio Regionale Monitoraggio Spese da sconto entro 30/9/2007
	17.5 Adozione dei provvedimenti per il contenimento della spesa per il personale dell'1,4% rispetto al 2004	Blocco del turn-over per riorganizzazione su dipartimenti regionali.	Atto Aziendale di riorganizzazione	DGR entro 31/3/2007 riguardante l'intervento

Obiettivi generali e legge finanziaria 2007 (2.9.4 segue)

Obiettivo	Obiettivi operativi	Interventi	Indicatori	Fonti di verifica
18 Rafforzamento della struttura amministrativa ed implementazione dei procedimenti amministrativi	18.1 Determinazione del budget per gli erogatori privati e monitoraggio mensile del volume/valore delle prestazioni effettuate	Redazione del piano prestazionale per gli accreditati entro il 15/12 di ogni anno	Istituzione nucleo controllo regionale per l'attività pubblica e privata	DGR n. 181 del 06/03/2007 2009 e DGR n. 243 del 19/3/2007 di definizione dei tetti di spesa per il triennio 2007 Adozione del piano delle prestazioni entro il 30/3/2007 DGR di fissazione dei budget per singolo erogatore entro il 20/4/2007
	18.2 Indicatori e punti di verifica flussi informativi	Potenziamento S.I.R. e monitoraggio e verifica del sistema	Trasmissione nei tempi e con le modalità stabilite dalla normativa	DGR con regolamento per verifiche e monitoraggio 30/4/2007

2.10 Obiettivi specifici, operativi, interventi progettuali, indicatori e fonti di verifica.

Relazione illustrativa

La relazione illustrativa, relativa agli aspetti più rilevanti della manovra di seguito descritti, viene riportata contestualmente alla descrizione dei singoli obiettivi riguardanti le connesse aree tematiche:

- a) riduzione dei posti letto ospedalieri;*
- b) riduzione del tasso dei ricoveri ospedalieri;*
- c) riconversione in RSA;*
- d) razionalizzazione del farmaco in sede territoriale e ospedaliero;*
- e) razionalizzazione della spesa del personale.*

Tale relazione viene preceduta dalla seguente tabella riepilogativa per macrolivello di assistenza entrambe formulate con la valorizzazione economica degli obiettivi, quantificata sui dati e analisi della ASREM, nell'ambito di una valutazione congiunta ASREM-Regione (Direzione Generale V°).

Obiettivi specifici

Si riporta di seguito la descrizione delle attività da intraprendere relativamente agli obiettivi specifici indicati in precedenza.

Per quanto concerne le attività relative ad obiettivi operativi ed interventi si è provveduto ad indicare il dettaglio delle attività da intraprendere nei casi in cui fosse necessario integrare quanto in precedenza esposto.

L'indicazione dei risparmi connessi a ciascun obiettivo e le voci di conto economico sono state complessivamente riportate a margine del paragrafo in oggetto.

1 Redazione del Piano Sanitario Regionale

La quantificazione economica dell'obiettivo deriva dall'adozione congiunta degli obiettivi 4 e seguenti.

1.1 Redazione della DGR contenente la proposta di Piano per il Consiglio Regionale

DESCRIZIONE

Il Piano sanitario regionale è realizzato secondo le indicazioni del PSN 2006/2008 in conformità alle previsioni dell'art. 1, comma 281 della L. 23 dicembre 2005, n. 266 e in relazione alle disposizioni regionali da adottarsi per il perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei LEA e di quanto previsto nel nuovo Patto della Salute sottoscritto da Governo e Regioni in data 28/09/2006.

Tale patto, infatti, prevede l'indicazione sia delle misure di riequilibrio del profilo erogativo dei LEA al fine di renderlo conforme a quanto previsto dal PSN, sia delle misure necessarie all'azzeramento del disavanzo entro il 2010.

Messa a regime delle previsioni organizzative di cui alla L.R. 9/04/2005: "*Riordino del Servizio sanitario regionale*" che, tra l'altro, ha istituito un'unica Azienda Sanitaria Regionale (in sigla, ASREM) realizzando l'esercizio unitario delle funzioni relative all'erogazione delle prestazioni sanitarie e di prevenzione, diagnosi e cura mediante il coordinamento delle attività dei servizi territoriali nelle singole Zone.

STRUMENTI ADOTTATI

Delibera di Consiglio Regionale di approvazione del Piano Sanitario Regionale

METODOLOGIA DI CALCOLO

La misura produrrà una economia che al momento non è puntualmente quantificabile

INDICATORI

Deliberazione di Giunta Regionale di proposta al Consiglio Regionale di approvazione del PSR

FONTI DI VERIFICA

- DGR entro il 30/6/2007 di approvazione prime linee guida PSR
- DGR entro 30/9/2007 di proposta del PSR al CR
- DCR di approvazione del Piano Sanitario Regionale entro il 31/12/2007

2 Ridefinizione assetto dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise attraverso l'approvazione dell'atto aziendale redatto dalla ASREM

La quantificazione economica dell'obiettivo deriva dall'adozione congiunta degli obiettivi 4 e seguenti

2.1 Atto aziendale ASREM

DESCRIZIONE

Obiettivo della redazione dell'atto aziendale è quello di procedere alla riorganizzare dell'azienda sanitaria in un'unica struttura regionale, intervento necessario al fine di porre fine alla frammentazione istituzionale ed operativa esistente nel precedente assetto organizzativo delle aziende sanitarie regionali.

L'atto prevede la riorganizzazione aziendale volta ad assicurare l'esercizio unitario delle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché ad assicurare il coordinamento dell'attività dei servizi territoriali nelle singole zone con quella dei presidi ospedalieri, nonché a garantire le funzioni accentrate a livello aziendale e le funzioni decentrate al livello locale e la Clinical governance.

All'interno dell'atto aziendale vengono definite le regole per il governo economico dell'azienda ed in particolare viene tracciato il percorso per una gestione "sostenibile" del deficit sanitario che dovrebbe condurre al break even point.

Si è proceduto, inoltre, alla definizione di un sistema di offerta sanitaria fondata sull'organizzazione dipartimentale affermando e promuovendo la tendenza dell'azienda ad una maggiore produttività, all'efficacia, all'efficienza e all'appropriatezza, rivolgendo particolare attenzione al paziente.

Nell'ottica del governo economico della Azienda fondato sui principi dell'efficacia e dell'efficienza gestionale vengono tracciati, nell'atto aziendale, i criteri per l'omogeneizzazione e razionalizzazione delle procedure di gestione ed approvvigionamento e definite le linee guida per il riordino della rete ospedaliera, con particolare riferimento alle procedure relative allo sviluppo del commercio elettronico. Siffatto sistema di contrattazione telematica, peraltro già avviato e previsto nell'Atto in parola, sarà normalmente praticato in aderenza alle disposizioni di legge regolanti la materia, in funzione della semplificazione centralizzata degli acquisti di beni e servizi, al fine di ottenere una più estesa competizione fra i potenziali fornitori.

STRUMENTI ADOTTATI

DGR di approvazione dell'Atto Aziendale

METODOLOGIA DI CALCOLO

La misura produrrà una economia che al momento non è puntualmente quantificabile

INDICATORI

DGR di approvazione dell'Atto Aziendale

FONTI DI VERIFICA

Provvedimento regionale di approvazione entro il 15/5/2007

3 Misure di contenimento della spesa per personale, beni e servizi

3.1 Intervento per la razionalizzazione e riduzione del costo del personale

DESCRIZIONE

Adozione da parte della Regione di delibere di giunta contenenti specifici obblighi e direttive vincolanti per il Direttore generale ASReM e i Direttori di Zona per l'applicazione delle disposizioni di cui all'art. 1, comma 565 legge finanziaria 2007 e della normativa di settore ai fini della riduzione della spesa per il personale e la razionalizzazione della dotazione organica dell'ASReM.

Con tali misure la Regione intende razionalizzare la spesa per il personale dell'ASReM, con l'obiettivo di diminuirne e contenerne l'importo, attivare sistemi di controllo e di monitoraggio della stessa spesa, accompagnando le misure di riorganizzazione aziendale, senza pregiudicare l'erogazione delle prestazioni (LEA) e la qualità delle stesse.

STRUMENTI ADOTTATI

La Giunta regionale emanerà apposita delibera entro il 31 marzo 2007 contenente le seguenti misure vincolanti per l'ASReM:

- a) Obbligo in capo all'ASReM di rideterminare entro il 31 maggio 2007 la consistenza del personale dipendente a tempo indeterminato, con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di lavoro flessibile o con convenzioni, in servizio alla data del 31 dicembre 2006, e conseguentemente di rideterminare i fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa;
- b) blocco totale, per l'anno 2007, del turn-over e delle assunzioni di personale a tempo indeterminato e a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni, fatto salvo quanto previsto alla successiva lettera d) per il lavoro interinale. Blocco parziale per gli anni 2008 e 2009 del turn-over e delle assunzioni di personale a tempo indeterminato e a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni, nella misura del 75% per il personale infermieristico e del 90% per il restante personale. Per il personale a tempo a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni, la relativa spesa deve essere comunque contenuta entro i tetti fissati e riportati nella **Tabella A025a**;
- c) con riferimento agli anni 2007, 2008, 2009, rideterminazione annuale delle consistenze di cui alla lettera a), in coerenza con le misure di blocco delle assunzioni di cui alla lettera b), entro il 31 gennaio dell'anno successivo e contestuale rideterminazione dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa;
- d) per le forme di lavoro interinale, abbattimento della corrispondente spesa sostenuta nell'anno 2006 nella misura del 75% per il personale infermieristico, e del 90% per il restante personale. Questa fattispecie, pur non rientrando fra le voci che concorrono a determinare la spesa per il personale, viene comunque inserita in questa misura, essendo il ricorso al lavoro interinale

strettamente connesso con l'organizzazione del lavoro ed indirettamente con il suo costo. La spesa per il lavoro interinale non potrà comunque superare i tetti di spesa individuati per ciascun anno 2007, 2008, 2009 e riportati nella **Tabella A025a**;

- e) 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;
- f) mobilità ex art. 30 D.Lgs. 165/2001 del personale dell'ASReM verso altri enti pubblici;
- g) diminuzione degli incarichi dirigenziali di struttura complessa e struttura semplice, in parallelo con la riduzione dei posti letto e il processo di riorganizzazione della rete ospedaliera regionale e della struttura amministrativa, distrettuale e dipartimentale dell'ASReM;
- h) per il triennio 2007–2009, contenimento della spesa per i contratti di consulenza nei tetti massimi individuati e riportati nella **Tabella A025a**; ridefinizione dei contratti di consulenza che si esauriranno nel corso del triennio per contenerne la spesa nei tetti fissati. Anche questa voce, pur non rientrando fra quelle che concorrono a determinare la spesa per il personale, è stata inserita in questa misura, dato che anche il ricorso alle consulenze esterne è connesso con l'organizzazione del lavoro ed indirettamente con il suo costo;
- i) obbligo per l'ASReM di attivare il monitoraggio del conseguimento degli obiettivi di riduzione del personale e di contenimento della spesa per il personale attraverso la redazione di report trimestrali di verifica secondo i modelli allegati, le modalità esplicitate nella sezione **17.5** del presente Piano, ed eventuale modulistica integrativa predisposta dal competente Servizio regionale;
- j) decadenza automatica del Direttore generale dell'ASReM e dei Direttori di Zona in caso di mancato rispetto degli obblighi di cui alle precedenti lettere a), b), c), d), e), g), h), i).

La Regione si riserva di assumere ulteriori provvedimenti eventualmente ritenuti necessari ad integrazione e/o modifica del presente provvedimento, anche per l'eventuale aggiornamento a scorrimento del programma di riduzione della spesa, concordandoli preventivamente con le competenti strutture dei Ministeri dell'Economia e delle Finanze e della Salute, ai sensi dell'Accordo sottoscritto tra gli stessi Ministeri e la Regione, in data 27 marzo.

Con riferimento ai risparmi attesi dalle misure sopra elencate, si precisa quanto segue.

METODOLOGIA APPLICATA

L'analisi dei costi del personale e delle consulenze, è stata effettuata sui dati validati riportati nei modelli economici consuntivi CE delle ASL del Molise per gli anni 2001–2006, che si riportano nelle tabelle **022** e **022a**. Per i costi del personale, a fronte di una sostanziale stabilità nei primi tre anni esaminati, si è registrato un costante aumento negli anni successivi.

Nello stesso periodo si è assistito ad una costante e significativa crescita dei costi per le consulenze, che vedono, tra l'altro un aumento di oltre il 50% del 2006 rispetto al 2004, anno preso a riferimento per i conteggi di contenimento della spesa.

Nelle successive tabelle sono riportati gli andamenti previsionali delle voci di costo interessate dall'intervento, i relativi tetti e risparmi di spesa. Nella **Tabella A025d** è riportato il risparmio complessivo derivante dall'intervento.

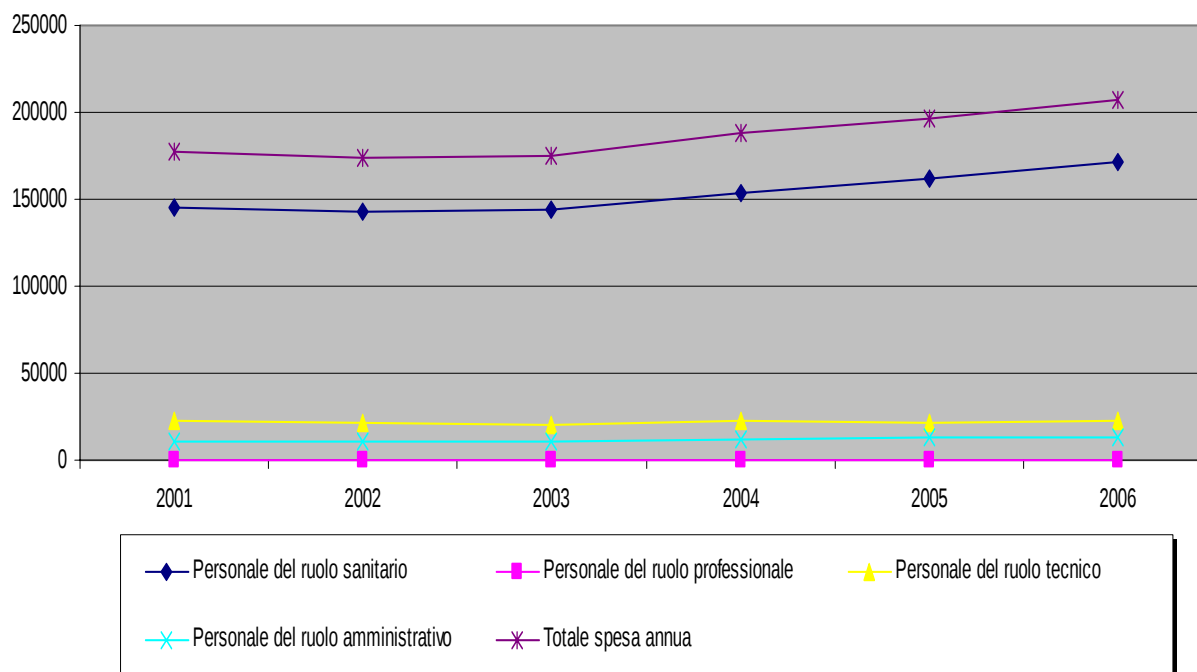
Costo complessivo annuo per il personale

Costo complessivo per il personale in mln. di euro/anno		dati storici					dato consolidato al IV trim. 2006	dati previsionali (senza manovra correttiva)		
codice descriz.	tipologia	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
B.5	Personale del ruolo sanitario	144.773	142.449	143.887	153.837	161.486	171.531	176.677	181.977	187.437
B.6	Personale del ruolo professionale	477	336	218	229	323	353,00	353	353	353
B.7	Personale del ruolo tecnico	22.082	20.952	20.279	22.210	21.930	22.510	22.623	22.736	22.849
B.8	Personale del ruolo amministrativo	10.553	10.543	10.948	12.361	12.782	12.896	13.412	13.948	14.506
	Totale spesa annua	177.885	174.280	175.332	188.637	196.521	207.290	213.065	219.014	225.145
Increment/decrem. % annuo rispetto all'anno precedente		0,00%	-2,03%	0,60%	7,59%	4,18%	5,48%	2,79%	2,79%	2,79%

nota : per l'anno 2004 il dato complessivo differisce da quello riportato nella tab. A024 , elaborato ai sensi della circ. M.E.F. n°9 prot. 002588 del 17 feb.2006 ai fini del calcolo del tetto di spesa

Graf.1 - Andamento del costo annuo del personale

TabG017



Costi per consulenze e lavoro interinale (valori in 000 euro)

(Tab. 022a)

		dati storici						dati previsionali (senza manovra correttiva)		
codice descriz.	tipologia	2001	2002	2003	2004	2005	2006 *	2007	2008	2009
	Lavoro interinale	nd	nd	nd	nd	nd	3.462	3.462	3.462	3.462
variazione % rispetto all'anno precedente		0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
B.2.10	Consulenze	1.775	1.816	2.735	2.741	3.423	3.682	4.361	5.203	6.250
variazione % rispetto all'anno precedente			2,31%	50,61%	0,22%	24,88%	7,57%	18,44%	19,31%	20,12%

Riparto abbattimento spesa per ruolo personale (valori in 000 euro)

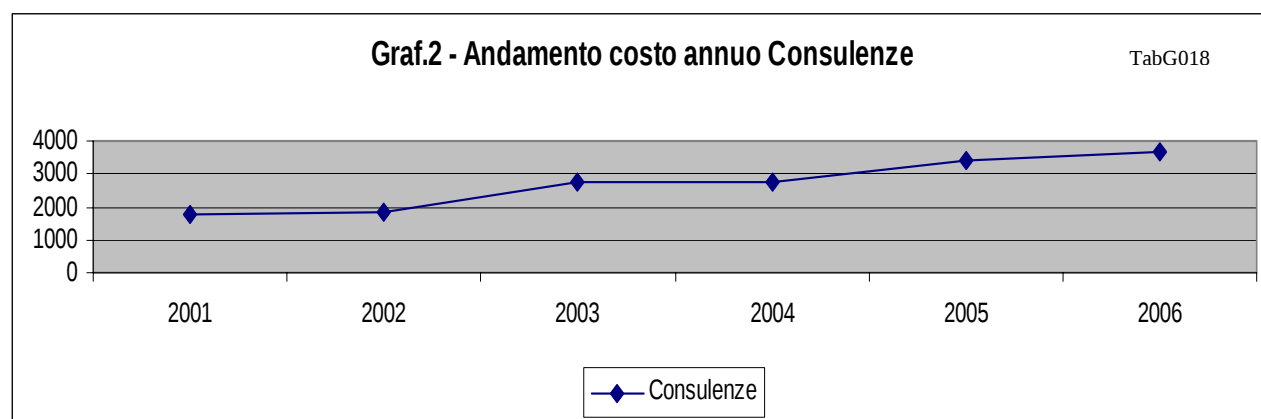
(Tab. 022b)

codice descriz.	tipologia	2007	2008	2009
B.5	Personale del ruolo sanitario			
	da pensionamenti	1.122	2.674	3.535
	da riduzione contratti tempo determinato	2.048	1.053	480
	da riduzione co.co.co.	401	40	4
	totale	3.571	3.768	4.019
B.6	Personale del ruolo professionale	0	0	0
B.7	Personale del ruolo tecnico			
	da pensionamenti	673	1.605	2.121
	da riduzione contratti tempo determinato	395	135	30
	da riduzione co.co.co.	201	20	2
	totale	1.269	1.760	2.154
B.8	Personale del ruolo amministrativo			
	da pensionamenti	449	1.070	1.414
	da riduzione contratti tempo determinato	395	135	30
	da riduzione co.co.co.	401	40	4
	totale	1.245	1.245	1.449
	Totale abbattimento spesa personale			
	da pensionamenti	2.244	5.349	7.070
	da riduzione contratti tempo determinato	2.837	1.324	541
	da riduzione co.co.co.	1.003	100	11
	totale	6.084	6.773	7.622
	Totale spesa personale corretta	206.981	212.241	217.523

Costo complessivo annuo per le consulenze

(Tab A023)

Costo per le consulenze in mln. di euro/anno		dati storici					dato consolidato al IV trim. 2006
codice descriz.	tipologia	2001	2002	2003	2004	2005	2006
B.2.10	Consulenze	1.775	1.816	2.735	2.741	3.423	3.682
Increm/decrem. % annuo rispetto all'anno precedente		0,00%	2,31%	50,60%	0,22%	24,88%	7,57%



(Tab A024)

Tetto di spesa per consulenze

spesa consulenze 2004 (A)	2.741.000
riduzione percentuale (B)	50,00
riduzione (C) (=A x B)	1.370.500
tetto di spesa (A - B)	1.370.500

Prospetto tetti di spesa

(Tab A025a)

voci	valori 2006	2007		2008		2009	
		% 2006	valore	% 2007	valore	% 2008	valore
contratti a tempo determinato	2.820.223	30	846.067	20	169.213	10	16.921
infermieri tempo determinato	2.157.899	60	1.294.739	50	647.370	40	258.948
co.co.co	1.114.499	10	111.450	10	11.145	0	0
lavoro interinale	3.462.273	25	865.568	100	865.568	100	865.568
consulenze 2006	3.682.000	37,2	1.370.500	100	1.370.500	100	1.370.500

* dati ASREM

Prospetto abbattimenti di spesa personale e lavoro interinale

(Tab A025b)

voci	valori 2006	2007		2008		2009	
		rid. % su spesa 2006	valore	rid. % su spesa 2007	valore	rid. % su spesa 2008	valore
pensionamenti ⁽¹⁾			2.244.062		5.348.840		7.070.272
contratti a tempo determinato	2.820.223	70	1.974.156	80	676.854	90	152.292
infermieri tempo determinato	2.157.899	40	863.160	50	647.370	60	388.422
co.co.co	1.114.499	90	1.003.049	90	100.305	100	11.145
totale risparmi spesa personale			6.084.427		6.773.368		7.622.131
lavoro interinale	3.462.273	75	2.596.705	0	2.596.705	0	2.596.705

⁽¹⁾ valore 2007 su dati effettivi; valori 2008 e 2009 stime prudenziali

Prospetto abbattimenti di spesa consulenze

(Tab A025c)

voci	valori da tendenziale 2007	2007		valori da tendenziale 2008	2008		valori da tendenziale 2009	2009	
		rid. % su tend.2007	valore		rid. % su tend.2008	valore		rid. % su tend.2009	valore
consulenze (1)	4.361.280	68,6	2.991.402	5.203.271	73,7%	3.833.250	6.249.582	78,1%	4.879.674

⁽¹⁾ valore 2007 su dati effettivi; valori 2008 e 2009 stime prudenziali

Prospetto risparmi totali

(Tab A025d)

	2007	2008	2009
Totale risparmi	11.672.533	13.203.322	15.098.510

INDICATORI

Delibera di Giunta regionale entro il 31 marzo 2007;

Provvedimenti applicativi da parte dell'ASReM entro il 31 maggio 2007;

Rideterminazione dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa;

Diminuzione del numero di Unità lavorative in servizio a tempo indeterminato e a tempo determinato al 31 dicembre degli anni 2007, 2008, 2009;

Diminuzione del numero di UOC e UOS attive;

Diminuzione del numero di contratti di consulenza in essere;

Contenimento della spesa per il personale a tempo determinato e altre forme di lavoro flessibile, il lavoro interinale e per le consulenze entro i tetti previsti per gli anni 2007–2009, come sopra calcolati e riportati nella tabella A025.

FONTI DI VERIFICA

Adozione della Deliberazione di Giunta regionale entro il 31 marzo 2007;

Adozione dei provvedimenti applicativi del Direttore generale ASReM entro il 31 maggio 2007.

Tabelle di report trimestrali tra trasmettere secondo le modalità e le tempistiche indicate nella sezione 17.5 del presente Piano.

3.2 Riduzione oneri per il personale finalizzati all'abbattimento delle liste d'attesa

DESCRIZIONE

Il contratto di lavoro della dirigenza medica e veterinaria dell'8 giugno 2000, ha disciplinato la cosiddetta "attività aggiuntiva" (cfr. art. 54 e segg.), prevedendo la possibilità per l'Azienda sanitaria di acquistare prestazioni dal proprio personale, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, allo scopo di ridurre le liste di attesa ovvero di acquisire le stesse, soprattutto in presenza di carenza di organico ed impossibilità, anche momentanea, di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge.

In Molise tale istituto è stato attivato, in particolare, per le prestazioni erogate dal personale afferente alle unità operative di anestesia e di radiologia, con un onere economico aggiuntivo, stimato nell'anno 2006, di circa 3.300.000 euro per l'ASReM nel suo complesso.

A seguito del riordino strutturale del Servizio Sanitario che la Regione intende perseguire, con l'obiettivo, tra gli altri, di razionalizzare l'utilizzo delle risorse esistenti, il ricorso all'acquisto di prestazioni aggiuntive negli anni 2008 e 2009, subirà una riduzione del 15% sul valore stimato nell'anno 2006, con un risparmio atteso di 494.000 euro per ciascun anno di riferimento.

STRUMENTI ADOTTATI

Con Delibera di Giunta regionale da adottare entro il 31 maggio 2007, saranno fissati i tetti di spesa per il Direttore Generale dell'ASReM per gli anni 2008 e 2009. Questi sarà tenuto a fissare entro il 30 giugno 2007 analoghi tetti di spesa per i Direttori di zona. La stessa Delibera individuerà le procedure necessarie ad effettuare una ricognizione del ricorso alle prestazioni aggiuntive da parte dell'ASReM nell'anno 2007, con l'indicazione puntuale delle discipline interessate a detto istituto. L'attività ricognitiva si concluderà entro il 30 settembre 2007.

Sulla base delle risultanze di tale attività ricognitiva sarà possibile rimodulare i tetti fissati nei limiti dei risparmi annui previsti.

La medesima delibera dovrà prevedere la decadenza automatica del Direttore generale dell'ASReM e dei Direttori di Zona in caso di mancato rispetto degli obiettivi di risparmio fissati.

METODOLOGIA APPLICATA

Verifica trimestrale a far data dal primo trimestre 2008

Modello CE (Voce B.5 Personale Ruolo Sanitario)

INDICATORI

Delibera di Giunta regionale entro il 31 maggio 2007;

Completamento e comunicazione alla Regione degli esiti dell'attività ricognitiva da parte dell'ASReM entro il 30 settembre 2007;

Delibera di Giunta regionale entro il 31 ottobre 2007, per eventualmente ridefinire i tetti di spesa sulla base delle risultanze dell'attività ricognitiva entro limiti dei tetti di spesa fissati per gli anni 2008 e 2009, come sopra calcolati.

FONTI DI VERIFICA

Provvedimenti di Giunta regionale;

Provvedimenti applicativi del Direttore generale ASReM;

Verifica trimestrale a far data dal primo trimestre 2008;

Modello CE (Voce B.5 Personale Ruolo Sanitario)

3.3 Razionalizzazione dell'acquisto di beni sanitari non farmaceutici

DESCRIZIONE

Tramite il normale funzionamento della "Struttura per gli acquisti sanitari" si è proceduto alla individuazione di Aziende Sanitarie capofila per ciascuna tipologia dei beni indicati al punto c) del dispositivo della deliberazione costitutiva di Giunta Regionale n. 1423/ 2004, nonché alla prescrizione del rilascio di "deleghe" dalle A.S.L. aderenti alla Azienda incaricata dell'espletamento dell'incombenza procedurale acquisitiva, quale ordinario strumento per la realizzazione associata delle transazioni.

Le attività delineate hanno avviato positivamente, per la conseguente messa a regime, un sistema amministrativo unitario di acquisti centralizzati volto a superare le diseconomie gestionali discendenti dai processi di approvvigionamento separati di beni e servizi.

Come è noto, a far data dall' 1.01.2006 è stata costituita la Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASREM) a seguito della approvazione della Legge Regionale n. 9/2005, di riordino del sistema sanitario regionale.

Siffatto impianto normativo e la deliberazione della Giunta Regionale n. 595 del 12 maggio 2006, adottata in applicazione, hanno istituzionalizzato le modalità di esercizio unico di centralizzazione di tutti gli acquisti, accompagnate da un immediato allineamento al prezzo più basso, su tutto il territorio di competenza, posto in essere dalla ASREM per significative categorie merceologiche (farmaci, suture, materiale per dialisi, servizi assicurativi, ecc.)

Con Delibera di Giunta regionale da adottare entro il 31 maggio 2007, per gli anni 2008 e 2009 saranno fissati per il Direttore Generale dell'ASReM, in coerenza con le azioni realizzate per la razionalizzazione degli acquisti, già sopra descritte, obiettivi di risparmio annui nell'acquisto di beni appartenenti alle seguenti categorie merceologiche:

- presidi chirurgici e materiali sanitari nella misura di € 319.000,00;
- materiali protesici e materiali per emodialisi nella misura di € 169.000,00

prevedendo, quindi, un abbattimento dello 0,02% sull'incremento storico valutato nella misura del 7%. Questi sarà tenuto a fissare entro il 30 giugno 2007 analoghi tetti di spesa per i Direttori di zona.

La medesima delibera dovrà prevedere la decadenza automatica del Direttore generale dell'ASReM e dei Direttori di Zona in caso di mancato rispetto degli obiettivi di risparmio fissati.

STRUMENTI ADOTTATI

Delibera di Giunta regionale entro il 31 maggio 2007;

Provvedimenti applicativi del Direttore generale ASReM

Espletamento di gare uniche finalizzate al soddisfacimento di tutto il fabbisogno regionale

METODOLOGIE DI CALCOLO

Abbattimento dello 0,02% sull'incremento storico valutato nella misura del 7%

INDICATORI

Redazione dei capitolati – espletamento delle gare.

FONTI DI VERIFICA

Delibera di Giunta Regionale ricognitiva dello stato di realizzazione del sistema unitario degli acquisti centralizzati, nonché delle conseguenti economie, entro il 31.12.2008.

Valori trimestrali riportati nel modello economico CE anno 2009.

3.4 Razionalizzazione dell'acquisto di servizi non sanitari

DESCRIZIONE

Tramite il normale funzionamento della “Struttura per gli acquisti sanitari” si è proceduto alla individuazione di Aziende Sanitarie capofila per ciascuna tipologia dei beni indicati al punto c) del dispositivo della deliberazione costitutiva di Giunta Regionale n. 1423/ 2004, nonché alla prescrizione del rilascio di “ deleghe” dalle A.S.L. aderenti alla Azienda incaricata dell'espletamento dell'incombenza procedurale acquisitiva, quale ordinario strumento per la realizzazione associata delle transazioni.

Le attività delineate sono state avviate positivamente, per la conseguente messa a regime, un sistema amministrativo unitario di acquisti centralizzati volto a superare le diseconomie gestionali discendenti dai processi di approvvigionamento separati di beni e servizi.

Come è noto, a far data dal 1.01.2006 è stata costituita la Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASReM) a seguito della approvazione della Legge Regionale n. 9/2005, di riordino del sistema sanitario regionale.

Siffatto impianto normativo e la deliberazione della Giunta Regionale n. 595 del 12 maggio 2006, adottata in applicazione, hanno istituzionalizzato le modalità di esercizio unico di centralizzazione di tutti gli acquisti, accompagnate da un immediato allineamento al prezzo più basso, su tutto il

territorio di competenza, posto in essere dalla ASReM per significative categorie merceologiche (farmaci, suture, materiale per dialisi, servizi assicurativi, ecc.)

L'impatto economico delle azioni realizzate per la razionalizzazione degli acquisti, già sopra descritte, produrrà i suoi effetti nel corso dell'anno 2008, in particolare sulle seguenti categorie di servizi non sanitari:

- lavanderia
- mensa
- pulizie
- smaltimento rifiuti
- utenze telefoniche
- altre utenze
- altro

nella misura complessiva di € 205.000,00, prevedendo, quindi, un abbattimento dello 0,01% sull'incremento storico del 5%.

Sulle stesse categorie di servizi non sanitari, sopra indicati, nell'anno 2009 si realizzerà un'economia di € 645.000,00, prevedendo, quindi un abbattimento dello 0,06% sull'incremento storico del 5%.

Il risparmio sopra evidenziato scaturirà, per quel che concerne in particolar modo i servizi di mensa, lavanderia e pulizia, dalla riduzione dei posti letto, che produrrà una diminuzione del numero dei pasti destinati ai degenti, del numero dei capi di biancheria piana e confezionata destinata ai posti letto, nonché, per effetto della riconversione di alcune unità operative ospedaliere, la trasformazione di "aree" ad alto rischio infettivologico, di costo maggiore per quel che concerne il servizio di pulizie, ad "aree" a medio o basso rischio infettivologico, di costo di gran lunga inferiore.

STRUMENTI ADOTTATI

Espletamento di gare uniche finalizzate al soddisfacimento di tutto il fabbisogno regionale

METODOLOGIE DI CALCOLO

Abbattimento dello 0,01% sull'incremento storico valutato nella misura del 5% per l'anno 2008;

Abbattimento dello 0,06% sull'incremento storico valutato nella misura del 5% per l'anno 2009;

INDICATORI

Redazione dei capitolati – espletamento delle gare.

FONTI DI VERIFICA

Delibera di Giunta Regionale ricognitiva dello stato di realizzazione del sistema unitario degli acquisti centralizzati, nonché delle conseguenti economie, entro il 30.06.2008.

Modelli economici CE 2008 e CE 2009.

3a Correlazione tra Piano e strumenti di programma

L'obiettivo viene conseguito attraverso una attività ricognitiva degli strumenti di programma in essere con adeguamento delle previsioni alla nuova programmazione sanitaria regionale

3a.1 *Recupero adempimenti di cui all'Accordo Stato Regioni del 23/3/2005*

DESCRIZIONE

L'attività ricognitiva in parte già effettuata a seguito del Tavolo adempimenti LEA 2005 verrà ultimata proprio in fase istruttoria del P.S.R.

STRUMENTI ADOTTATI

Provvedimenti regionali di riallineamento con delibere vincolanti

METODOLOGIA DI CALCOLO

La misura produrrà una economia che al momento non è puntualmente quantificabile

INDICATORI

Relative deliberazioni di Giunta Regionale

FONTI DI VERIFICA

Adozione ulteriori provvedimenti entro il 30/4/2007.

3b Adeguamento alle indicazioni del PSN per il triennio 2006-2008

L'obiettivo viene conseguito attraverso una attività istruttoria e ricognitiva con adeguamento degli atti di programmazione regionale in corso di predisposizione alle indicazioni e linee di indirizzo della vigente normativa programmatoria statale.

3b.1 Riqualficazione della rete del Servizio Sanitario Regionale

DESCRIZIONE

La riqualficazione della rete del SSR è un obiettivo fondamentale soprattutto per l'attuazione della L.R. 9/05 e s. m. i. e per rendere compiuta la riforma strutturale della ASREM unica.

STRUMENTI ADOTTATI

Garanzia dei LEA, riorganizzazione cure primarie, riqualficazione della rete ospedaliera, governo clinico, integrazione dei livelli di assistenza sanitaria e sociale, piano della prevenzione

METODOLOGIA DI CALCOLO

La misura produrrà una economia che al momento non è puntualmente quantificabile

INDICATORI

Relative deliberazioni di Giunta Regionale

FONTI DI VERIFICA

Adozione ulteriori provvedimenti entro il 31/12/2007.

4 Riassetto articolazione organizzativa dei distretti

L'obiettivo di risparmio viene conseguito attraverso una migliore capacità di coordinamento, economie di scala nella produzione dei servizi derivanti dall'aggregazione di strutture amministrativo/sanitarie attualmente frammentate e maggiore appropriatezza nella distribuzione di attività specialistica sul territorio.

4.1 Ricondurre il numero dei distretti in misura adeguata al D. L.vo 229/99

DESCRIZIONE

Nel quadro di una oggettiva esigenza di riorganizzazione e per una più coerente ed incisiva programmazione e gestione delle politiche di integrazione socio-sanitaria si ravvisa la necessità di ridurre il numero dei distretti socio sanitari dagli attuali 13 ad un congruo numero di 7, producendo l'effetto virtuoso della coincidenza dei distretti con 1 o più ambiti sociali. Il dettato normativo del D. L.vo 229/99 stabilisce, quale parametro per l'individuazione di un ambito distrettuale, un'area territoriale con popolazione residente non inferiore a 60.000 abitanti; per adesione a tale parametro nella regione Molise si sarebbero dovuti individuare 6 distretti socio sanitaria ma, le peculiari caratteristiche orografiche e le linee di comunicazione scarsamente organizzate della Regione hanno reso necessario una organizzazione territoriale suddivisa in numero 7 distretti..

La riorganizzazione dei distretti non apporterà direttamente benefici economici se non limitatamente alle minori risorse impiegate per la retribuzione di un numero ridotto di dirigenti di distretto. La riorganizzazione dei distretti comprenderà, tra l'altro, un riassetto complessivo delle attività, con snellimento della struttura amministrativo gestionale e con potenziamento delle attività sanitarie.

Con l'atto riorganizzazione distrettuale verrà esaltata la finalità di assicurare alla popolazione residente servizi e prestazioni di tipo sanitario e di tipo sociale ad elevata integrazione sanitaria, secondo criteri di appropriatezza, accessibilità ed equità.

Oltre al potenziamento delle consuete attività distrettuali nella riorganizzazione complessiva e sulla base della programmazione regionale verranno istituite nel distretto le Residenze Sanitarie Territoriali.

Le RST sono strutture sanitarie destinate al ricovero di pazienti, preferibilmente anziani, con patologie per lo più croniche e/o a complessità assistenziale medio-bassa.

La loro ubicazione è al di fuori delle strutture di ricovero per acuti (ospedali, case di cure accreditate), ancorché funzionalmente collegato con queste ultime e fortemente integrate con il distretto in cui potenzia la rete assistenziale territoriale.

E' una struttura intermedia che permette di assicurare maggiori risposte di assistenza sanitaria sul versante territoriale e di limitare il ricorso al ricovero ospedaliero ai casi appropriati.

Il trattamento passa attraverso l'utilizzo integrato sia di risorse strutturali e professionali già esistenti e operanti sul territorio sia di quelle professionalità che si renderanno disponibili dalla rideterminazione dei posti letto per acuti nelle strutture ospedaliere oggetto dell'intervento di cui al punto 11, che necessariamente dovranno essere opportunamente ricollocate, conseguendo i medesimi risultati clinici dei ricoveri tradizionali a fronte di un minor consumo di risorse e un maggior gradimento del servizio da parte dell'utenza

STRUMENTI ADOTTATI

Delibera di Giunta Regionale di approvazione dell'Atto di riorganizzazione dei distretti

METODOLOGIA DI CALCOLO

La misura produrrà una economia che al momento non è puntualmente quantificabile

INDICATORI

Realizzazione di n. 7 distretti sanitari

FONTI DI VERIFICA

Provvedimento regionale di approvazione del riassetto entro il 30/6/2007

5 Potenziamento e regolazione del sistema delle cure primarie

Rimodulazione della distribuzione delle attività di soccorso su base territoriale, attribuendo minore dispersione sia ai presidi di continuità che all'intera rete del 118 Regionale. Nuova contrattualistica del MMG e PLS finalizzata alla erogazione di prestazioni ad alta integrazione fino a costituire alternativa all'inappropriato ricorso al ricovero ospedaliero.

5.1 Razionalizzare la distribuzione dei punti di soccorso e di presidi di continuità assistenziale

DESCRIZIONE

Per effetto della deliberazione di G.R. n. 173 del 27 febbraio 2007 di approvazione dell'Accordo Decentrato Regionale per i Medici di Medicina Generale, ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. N. 502/1992 e s.m. e i., il fabbisogno dei medici di Continuità Assistenziale nella Regione Molise è stato rideterminato secondo il rapporto ottimale di 1 medico ogni 3.500 abitanti residenti. Il nuovo rapporto ottimale comporterà una riduzione dei medici titolari di guardia medica, attualmente in numero di 193, di ben 100 unità, con inevitabile riorganizzazione del servizio sul territorio. In sede di adozione da parte della Regione del Piano di riorganizzazione del servizio verrà previsto una razionalizzazione dei presidi di continuità assistenziale mediante l'integrazione con i punti di soccorso SET-118, evitando la duplicazione delle attività svolte nelle relative sedi. Inoltre, in conseguenza del nuovo rapporto ottimale, non potranno più essere conferiti, per la copertura dei turni vacanti in esubero, incarichi a tempo indeterminato.

STRUMENTI ADOTTATI

Analisi della distribuzione dei presidi di continuità assistenziale;

Costituzione di apposita sottocommissione con il compito di elaborare una proposta di ridefinizione degli ambiti territoriali, con particolare attenzione alle zone disagiate;

Stesura del Piano di riorganizzazione del Servizio e di razionalizzazione con i punti di soccorso SET-118;

Adozione e messa a regime del Piano.

METODOLOGIA DI CALCOLO

Non è possibile, allo stato, ipotizzare il risparmio atteso nel triennio, non potendosi prevedere l'andamento delle cessazioni dall'incarico dei medici addetti alla continuità assistenziale eccedenti il nuovo rapporto ottimale.

Il risparmio complessivo dovrebbe comunque attestarsi all'incirca sull'importo di 3.500.000, considerando un compenso medio annuo per medico di 35.000.

INDICATORI

- Report analitico;
- Piano di riorganizzazione e di razionalizzazione comprensivo degli indicatori di verifica intermedi e finali.

FONTI DI VERIFICA

- Documentazione probatoria dell'intervento previsto;
- Adozione di deliberazione di Giunta Regionale entro il 30/6/2007.

6 Riequilibrio e regolazione dell'assistenza riabilitativa

Potenziamento degli strumenti di valutazione e controllo dei medici prescrittori effettuata unicamente da strutture di area pubblica. Riappropriazione dell'utenza in esodo extra-regionale, mediante sviluppo dell'offerta territoriale. Ridefinizione del sistema di offerta ex art. 26 legge 833/78, mediante ricerca dell'appropriatezza in indirizzo presso le strutture di ricovero. Maggiori risparmi conseguiti anche con i piani sociali di zona connessi ad un'offerta su base domiciliare

6.1 Riequilibrio territoriale dell'offerta riabilitativa intensiva ed estensiva ed individuazione medici prescrittori distrettuali

DESCRIZIONE

Diminuzione dell'emigrazione sanitaria riabilitativa.

STRUMENTI ADOTTATI

Delibera di Giunta Regionale relativa alle prescrizioni specialistiche riabilitative obbligatorie da parte del medico fisiatra pubblico (n. 0342/05).

METODOLOGIA DI CALCOLO

Nel triennio 2007/2009 il budget è stato ridefinito con una ridefinizione percentuale calcolata sulla spesa complessiva desunta dal C.E. IV trimestre pari a 29.031.000,00.

Tale spesa risulta composta per il 16% ca. da emigrazione verso centri specializzati della Regione Abruzzo e della Regione Puglia che, con tale manovra, viene ridotta, nel periodo in discussione, al 10% sul totale della specifica voce di conto.

INDICATORI

Riorganizzazione dell'offerta riabilitativa utilizzando la mobilità del personale prevista dall'Atto Aziendale, unitamente all'offerta di integrazione di prestazioni sanitarie riabilitative nei Piani di Zona Sociali.

FONTI DI VERIFICA

- Monitoraggio della spesa attraverso l'attuazione di programmi di spesa socio-sanitari già in essere (vedi allegati estratti delle deliberazioni del Direttore Generale ASREM nn. 620 e 675 del 2006 e nn. 91 e 92 del 2007).
- Deliberazione di Giunta Regionale sui criteri di classificazione entro il 31/12/2007
- Piano sanitario regionale stralcio sulla riabilitazione entro il 31/12/2007

6.2 Ricondurre la spesa riabilitativa (domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale) a 50 pro-capite, prossimo al valore medio nazionale

- **LINEE GUIDA PER LA VERIFICA APPROPRIATEZZA CON DEFINIZIONE DI: CRITERI DI AMMISSIONE A PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE, PIANO RIABILITATIVO, CRITERI DI VERIFICA**

DESCRIZIONE

Interventi normativi atti a ricondurre la spesa al più prossimo valore di 50 *pro capite*.

STRUMENTI ADOTTATI

Potenziamento della UVIM in tutti i nuovi distretti (7), utilizzando gli specialisti ospedalieri disponibili dalla nuova programmazione ospedaliera, con adeguamento della normativa alle linee guida della Facoltà Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione (S.I.M.F.E.R.).

METODOLOGIA DI CALCOLO

Nel triennio 2007/2009 la manovra complessiva verrà ridotta da 29,031 M a 23,580 M con un risparmio di 5,441 M e con relativa incidenza del 10% per emigrazione extra-regionale e del 90% per strutture riabilitative private regionali.

INDICATORI

Numero dei casi trattati nei P.A.I. ed impegni di spesa assunti nei Piani di Ambito Sociali. Linee guida appropriatezza riabilitazione.

FONTI DI VERIFICA

Monitoraggio dell'andamento dell'attuazione dell'iniziativa in A.D.I. e A.D.R. da parte dei Distretti con decorrenza 30.06.2007.

Deliberazione di Giunta Regionale linee guida appropriatezza riabilitazione entro il 31/12/2007.

- **ADOZIONE DI UNO STRUMENTO DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'AMMISSIONE DELLE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI PER ANZIANI ED ALTRI TIPI DI PAZIENTI NON AUTOSUFFICIENTI DOPO AVERLO CONCORDATO CON MINISTERO ECONOMIA E FINANZE E MINISTERO SALUTE**

DESCRIZIONE

Valutazione multidimensionale per l'ammissione delle prestazioni assistenziali per anziani ed altri tipi di pazienti non autosufficienti

STRUMENTI ADOTTATI

Strumento di valutazione multidimensionale

METODOLOGIA DI CALCOLO

La misura produrrà una economia che al momento non è puntualmente quantificabile

INDICATORI

Strumento di valutazione multidimensionale dopo averlo concordato con Ministero Economia e Finanze e Ministero Salute

FONTI DI VERIFICA

Deliberazione di Giunta Regionale di adozione dello strumento multidimensionale entro il 30/9/2007, dopo averlo concordato con Ministero Economia e Finanze e Ministero Salute.

- **REVISIONE DEL SISTEMA DI TARIFFAZIONE DEI TRATTAMENTI RIABILITATIVI IN REGIME EXTRAOSPEDALIERO**

DESCRIZIONE

Nuovo piano tariffario per le prestazioni riabilitative in regime ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale ex art. 26 L. n. 833/78.

STRUMENTI ADOTTATI

Adozioni delibere di Giunta Regionale entro il 30.06.2007.

METODOLOGIA DI CALCOLO

Raggiungimento dell'obiettivo di ripiano complessivo, nel triennio, di 5,441 M

INDICATORI

Piano delle prestazioni con le strutture private accreditate.

FONTI DI VERIFICA

Monitoraggio della spesa con report periodici al fine di predisporre eventuali interventi correttivi per ricondurre l'andamento della spesa nei limiti dei tetti definitivi correttivi. Adozioni delibere di Giunta Regionale entro il 30.06.2007.

- **RIDEFINIZIONE DEI BUDGET**

DESCRIZIONE

Ridefinizione dei budget di spesa per le strutture riabilitative con DGR in corso di approvazione

STRUMENTI ADOTTATI

Delibera di Giunta Regionale di determinazione di tetti spesa delle strutture private accreditate per gli anni 2007/2008/2009

Delibera di Giunta Regionale per l'adozione del piano delle prestazioni entro il 30-03-2007

METODOLOGIA DI CALCOLO

Nel triennio 2007/2009 il budget è stato ridefinito con una riduzione percentuale calcolata sulla spesa complessiva desunta dal modello C.E. IV trimestre pari a euro 29.031.000:

Con tale manovra, la spesa riabilitativa si riduce al termine del triennio di euro 6.433.000 attestandosi a euro 22.598.000

In tal senso vedasi anche: *punto 11.1 punto 12.3*

INDICATORI

Piano delle prestazioni con le strutture private accreditate

FONTI DI VERIFICA

- Deliberazione di Giunta Regionale n. 181 del 6/3/2007 e DGR 243 del 19/03/2007 di determinazione dei tetti di spesa per le strutture private accreditate per gli anni 2007-2008-2009
- DGR n. 111 del 09-02-2007 di recepimento integrale del DM 12 settembre 2006, che sulla specialistica, rinvia al D.M. 22/07/2006 (con relativi allegati)
- Delibera di Giunta Regionale entro il 30/3/2007 per l'adozione del piano delle prestazioni.

7 Regolazione di assistenza specialistica territoriale di diagnosi e cura

Revisione dell'adozione di corretti protocolli diagnostici terapeutici applicati sul territorio; implementazione delle unità di valutazione multidimensionali connesse all'integrazione con i piani sociali di zona in tutti i distretti sanitari. Creazione e gestione di indici di appropriatezza basati sui dati conferiti mediante progetto Tessera sanitaria (MEF). Potenziamento della capacità produttiva interna mediante acquisizione di tecnologie e migliore utilizzo del personale.

7.1 Contenimento liste di attesa

DESCRIZIONE

Riduzione dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni specialistiche sanitarie ambulatoriali in attuazione dell'Intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006 sul Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa.

La riduzione dei tempi di attesa rappresenta un obiettivo prioritario che la Regione Molise sta perseguendo da tempo e per il quale sono stati adottati provvedimenti di regolamentazione e definizione dei tempi massimi di attesa, nonché di riorganizzazione del sistema con l'introduzione dei criteri di priorità nell'accesso (D.G.R. n. 1420 del 3 novembre 2004 e D.G.R. n. 108 del 9 febbraio 2007).

La Regione Molise ha approvato, in data 06 marzo 2007, il Piano Regionale di contenimento dei Tempi di Attesa per le prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale ed in regime di ricovero ospedaliero. Tale Piano recepisce ed attua quanto previsto dall'accordo Stato-Regioni del 28 marzo 2006.

STRUMENTI ADOTTATI

Adozione e attuazione del Piano Regionale di Contenimento dei Tempi di Attesa.

METODOLOGIA DI CALCOLO

La misura produrrà una economia che al momento non è puntualmente quantificabile

INDICATORI

Tempi di attesa per le prestazioni sanitarie critiche indicate nel Piano Regionale di Contenimento, valutati mediante monitoraggio trimestrale.

FONTI DI VERIFICA

- D.G.R. del Piano Regionale di Contenimento dei Tempi di Attesa n. 184 del 6/3/2007
- Piano Attuativo Aziendale della ASREM di contenimento dei tempi di attesa entro 15/5/2007.
- Documentazione regionale sul monitoraggio dei tempi di attesa nel triennio 2007-2009 con cadenza semestrale, 30 giugno e 31 dicembre di ogni anno.

7.2 Appropriatelyzza assistenza specialistica territoriale e ambulatoriale ospedaliera

DESCRIZIONE

Miglioramento della appropriatezza delle richieste di prestazioni di cura e diagnostica strumentale e di laboratorio, in particolare per le prestazioni ad elevata complessità tecnologica ed a costo elevato da parte dei MMG e degli Specialisti ambulatoriali territoriali ed ospedalieri.

Per tale motivo la Regione si impegna a promuovere l'adozione ufficiale di linee-guida per i percorsi diagnostico-terapeutici e riabilitativi per le patologie di maggiore impatto, che dovranno garantire il paziente attraverso la presa in carico, l'integrazione tra i diversi specialisti interessati, la continuità degli interventi e l'uso ottimale e razionale delle risorse disponibili.

L'obiettivo dovrà essere quello di fornire ai pazienti un'assistenza efficace nella più rapida (in termini temporali) e lineare (in termini logistici) sequenza del percorso assistenziale, riducendo comunque il ricorso a prestazioni diagnostiche inappropriate e spesso di costo elevato.

Una maggiore appropriatezza delle suddette prestazioni fa prevedere una riduzione della spesa relativa, al momento non quantificabile.

STRUMENTI ADOTTATI

L'Osservatorio Regionale sulla Qualità dei Servizi Sanitari, con la collaborazione della ASREM, si farà carico di organizzare gruppi tecnici di lavoro con il coinvolgimento dei rappresentanti regionali di Società Medico-Scientifiche Nazionali, Medici Specialisti di riconosciuta esperienza, Medici di Medicina Generale, per la elaborazione di linee guida regionali per le patologie più diffuse e di maggior impatto nel rispetto dei criteri di efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza e in base a linee guida scientifiche nazionali ed internazionali accreditate e validate in materia.

Verranno predisposte relative D.G.R. per l'adozione ufficiale delle Linee Guida e dei Protocolli Diagnostico-Terapeutici regionali.

Nel Piano Regionale di Contenimento dei Tempi di Attesa è previsto idoneo flusso informativo utile al monitoraggio e alla rilevazione degli indicatori.

METODOLOGIA DI CALCOLO

La norma produrrà un'economia che al momento non è puntualmente quantificabile

INDICATORI

Valutazione semestrale del numero di prestazioni diagnostiche e terapeutiche ad elevata complessità tecnologica, a costo elevato e ad elevato rischio di inappropriatezza (es. RMN) erogate presso le strutture sanitarie regionali.

Numero di erogatori che adottano protocolli diagnostici per patologia/numero totale di erogatori (valutazione annuale).

FONTI DI VERIFICA

D.G.R. del Piano Regionale di Contenimento dei Tempi di Attesa n. 184 del 6/3/2007

Piano Attuativo Aziendale della ASREM di contenimento dei tempi di attesa entro 15/5/2007.

Documentazione regionale sul monitoraggio dei tempi di attesa nel triennio 2007-2009.

D.G.R. di adozione delle Linee Guida e dei Protocolli Diagnostico-Terapeutici per le patologie oncologiche entro 30/6/2007.

D.G.R. di adozione di Linee Guida e Protocolli Diagnostico-Terapeutici per tutte le altre patologie di maggior impatto, entro il 31/12/2007, 31/12/2008, 31/12/2009.

7.3 adozione del tariffario di cui al DM 12 settembre 2006 per l'assistenza specialistica

DESCRIZIONE

Nelle more della definizione del tariffario regionale, anche sulla base dell'incremento dei costi di produzione effettivamente sostenuti nell'erogazione delle prestazioni sanitarie ed alla luce degli sviluppi scientifici e dell'introduzione di nuove tecnologie avvenute negli ultimi anni, si è provveduto a recepire integralmente, con relativi allegati, il decreto del Ministero della Salute del 12 settembre 2006: "Ricognizione e primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie". Nell'atto formale di recepimento si è provveduto, altresì, per quanto attiene alle tariffe per le prestazioni di specialistica ambulatoriale aggiuntive di chirurgia oftalmica, a dare avvio al procedimento per la revoca delle relative deliberazioni, in quanto comportanti costi superiori a quello dell'intervento chirurgico comprensivo anche di diagnostica e controllo, peraltro a totale carico del Bilancio regionale.

STRUMENTI ADOTTATI

- Recepimento del D.M. 12/09/2006;
- Ricognizione delle tariffe aggiuntive per ulteriori prestazioni stabilite con provvedimenti regionali;
- Revoca delle tariffe comportanti oneri aggiuntivi a carico del Bilancio regionale.

METODOLOGIA DI CALCOLO

La norma produrrà un'economia che al momento non è puntualmente quantificabile

INDICATORI

- Remunerazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale secondo le tariffe ex D.M. 12/09/2006;
- Riconduzione delle tariffe superiori a quelle previste nel D.M. 12/09/2006.

FONTI DI VERIFICA

Deliberazione di Giunta Regionale n. 111 del 9/2/2007 di recepimento integrale del DM 12 settembre 2006 che sulla specialistica rinvia al DM 22/7/2006 con relativi allegati

DGR di revoca entro il 31/3/2007 della DGR n. 185 del 6/3/2007 di integrazione del nomenclatore tariffario per la parte tariffaria relativa alla chirurgia refrattiva, e riconduzione delle tariffe al D.M. 12/9/2006.

8 Potenziamento e regolazione del sistema residenziale per assistenza anziani non autosufficienti

Viene favorita la de-ospedalizzazione attraverso l'utilizzo delle strutture per RSA e degenza debole intensità assistenziale previste in numero di tre in altrettanti distretti sanitari. Redazione della scheda unica di utente per bisogni sociali e sanitari così come prevista nei Piani Sociali di Zona.

8.1 Riequilibrio territoriale dell'offerta di strutture per anziani non autosufficienti: RSA e Centri Residenziali

• COSTRUZIONE DEL PIANO DEL FABBISOGNO DELL'OFFERTA DI RSA

DESCRIZIONE

Costruzione del piano del fabbisogno dell'offerta di RSA e CR

- Analisi del bisogno assistenziale tendendo conto delle condizioni geografiche e demografiche della regione
- Censimento delle strutture già operanti e presa d'atto della volontà di riconversione in base alle diverse tipologie disciplinate dalla normativa regionale in materia
- Presa d'atto delle strutture da realizzare finanziate ai sensi (dell'art.20 della Legge 67/88 e con delibera CIPE n.20/04)
- Concessione delle prescritte autorizzazioni e dell'accreditamento previa verifica del possesso dei requisiti ed in base al fabbisogno rilevato nelle diverse aree territoriali

STRUMENTI ADOTTATI

Piano stralcio al PSR

METODOLOGIA DI CALCOLO

1,5 p.l./1000 abitanti per anziani non autosufficienti

0,14 posti letto/1000 abitanti per disabili

INDICATORI

Piano del fabbisogno offerta di RSA e CR

Cronogramma previsto nel piano

FONTI DI VERIFICA

Adozione della Deliberazione di Giunta Regionale a stralcio del PSR per la realizzazione di RSA per anziani ed RSA per disabili entro 30/9/2007

- **POTENZIAMENTO DELLE FUNZIONI DI RSA NEI TERRITORI CON CARENZA DI SERVIZI**

DESCRIZIONE

Potenziamento delle funzioni di RSA nei territori con carenza di servizi

Le RSA dovranno essere in grado di ricoprire tutte le funzioni:

Per anziani e cittadini affetti da demenza: sostenere ed assistere un'utenza non autosufficiente, con ridotta autonomia che non possa continuare a vivere nel proprio domicilio con prestazioni sociosanitarie integrate svolte in regime residenziale e persone affette da demenza portatrici di deficit funzionali derivanti da qualunque causa che necessitano di elevato e continuo nursing infermieristico e riabilitativo integrato da un alto livello di assistenza tutelare ed alberghiero.

Per persone disabili: sostenere ed assistere un'utenza adulta di disabili fisici, psichici, sensoriali, con ridotta autonomia che non possa continuare a vivere nel proprio domicilio con prestazioni sociosanitarie integrate svolte in regime residenziale da un alto livello tutelare assistenziale ed alberghiero.

STRUMENTI ADOTTATI

Piano stralcio al PSR

METODOLOGIA DI CALCOLO

1,5 p.l./1000 abitanti per anziani non autosufficienti

0,14 posti letto/1000 abitanti per disabili

INDICATORI

Progetti di attivazione di nuove RSA

Piano Stralcio al PSR per la realizzazione di RSA per anziani ed RSA per disabili elaborato coerentemente ai principi di equità ed omogeneità di distribuzione della rete delle strutture sull'intero territorio regionale

FONTI DI VERIFICA

Piano stralcio al PSR entro 30/9/2007 e documentazione attività nuove RSA entro il 30/9/2007

8.2 Appropriately dell'utilizzo dei regimi assistenziali residenziali per anziani non autosufficienti

• APPLICAZIONE DEL SISTEMA RUG III

DESCRIZIONE

Appropriatezza dell'utilizzo dei regimi assistenziali residenziali per anziani non autosufficienti , attivando le metodologie previste dal Rug III (Reforce Utilization Groups). Progetto di ricerca Ministeriali cui partecipano strutture ed Enti quali le Regioni , Marche , Lazio, Umbria , Toscana, Università Cattolica di Roma e vari IRCS. Mutuato da RUG Usa ed ha una logica dei pesi, una scheda test ed un Grouper che divide i pazienti in classi di accreditamento. Incorpora un sistema tariffario base ed un sistema di controllo (case-mix) che rappresenta la complessità della statistica trattata alle RSA. Il RUG III italiano si basa su 109 items da questi calcolati opportunamente, si hanno 44 gruppi e 7 categorie (fase sperimentale nel Molise entro il 31-12-2007).

Il Rug è uno strumento di remunerazione per il quale si stà approntando un nomenclatore tariffario sulla base di previsioni di costi variabili, semivariabili e fissi.

Programma operativo di riorganizzazione macrolivello assistenza distrettuale. Consente il potenziamento e la regolamentazione del sistema residenziale per anziani non autosufficienti. E' in fase di predisposizione un algoritmo per il Grouper che trasformerà la patologia in RUG, di facile applicazione, riproducibilità, e trasferibilità. Verrà abbinato ad una scheda di valutazione del processo riabilitativo.

STRUMENTI ADOTTATI

Incarico della Direzione Generale a professionista interno in data 18/01/2007.

METODOLOGIA DI CALCOLO

La norma produrrà un'economia che al momento non è puntualmente quantificabile

INDICATORI

(Numero anziani trattati in RSA/ Popolazione molisana >65 anni)*100

Numero giornate svolte in assistenza anziani/Popolazione anziana >65 anni

Costo assistenza ricoverati/Popolazione residente > 65 anni

Spesa di X numero Rug/ Totale assistiti nel periodo

FONTI DI VERIFICA

Report regionale annuale sul case mix delle strutture residenziali per anziani non autosufficienti 30 giugno 2008, 31 dicembre 2008, 31 dicembre 2009.

- **ADOZIONE DI UNO STRUMENTO DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'AMMISSIONE DELLE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI PER ANZIANI ED ALTRI TIPI DI PAZIENTI NON AUTOSUFFICIENTI DOPO AVERLO CONCORDATO CON MINISTERO ECONOMIA E FINANZE E MINISTERO SALUTE**

Si veda punto 6.2 A)

9 Potenziamento del sistema delle cure domiciliari

Ulteriore potenziamento del sistema delle assistenze domiciliari (Integrata, programmata, riabilitativa, oncologica, alzheimer) finalizzate alla de-ospedalizzazione e ad i minori costi ad essa connessi.

9.1 Riorganizzazione del sistema delle cure domiciliari

- **REDAZIONE ED APPROVAZIONE DELLE LINEE GUIDA REGIONALI SUL SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI**

DESCRIZIONE

Nella realtà territoriale regionale vi è una certa disomogeneità di applicazione e di funzionamento nel sistema attualmente in atto che dovrà essere corretto attraverso la redazione di nuove Linee Guida Regionali da adattare al processo di unificazione del governo sanitario attuato attraverso l'azienda unica ASREM.

Gli obiettivi delle Cure Domiciliari sono:

- rispondere in modo integrato ai bisogni sanitari e sociali del paziente;
- evitare i ricoveri e le ospedalizzazioni impropri;
- favorire le dimissioni protette dall'ospedale;
- migliorare la qualità di vita del paziente.

Attraverso il potenziamento e la riorganizzazione del sistema sono attesi dunque un miglioramento della qualità dell'assistenza erogata e un risparmio economico in termini di riduzione dei ricoveri inappropriati e riduzione delle giornate di degenza.

STRUMENTI ADOTTATI

Elaborazione e adozione di D.G.R. contenente le nuove Linee Guida Regionali per il sistema delle cure domiciliari

METODOLOGIA DI CALCOLO

La norma produrrà un'economia che al momento non è puntualmente quantificabile

INDICATORI

Approvazione Linee Guida Regionali per il nuovo Sistema delle Cure Domiciliari.

FONTI DI VERIFICA

D.G.R. su nuove Linee Guida Regionali sul sistema delle Cure Domiciliari entro 30/5/2007.

Provvedimenti aziendali di attuazione del nuovo Sistema di Cure Domiciliari entro 30/6/2007.

- **ADOZIONE DI UNO STRUMENTO DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'AMMISSIONE DELLE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI PER ANZIANI ED ALTRI TIPI DI PAZIENTI NON AUTOSUFFICIENTI DOPO AVERLO CONCORDATO CON MINISTERO ECONOMIA E FINANZE E MINISTERO SALUTE**

Si veda punto 6.2 A) e 8.2 A)

9.2 Aumento progressivo dell'assistenza domiciliare nelle varie forme previste dalle linee guida

DESCRIZIONE

Nelle nuove Linee Guida Regionale sul Sistema delle Cure Domiciliari in fase di elaborazione si riorganizzano e si rendono omogenee sul territorio regionale i tre livelli di intervento attualmente sviluppati:

- **a bassa intensità assistenziale:** Assistenza Estemporanea (A.E.);
- **a media-alta intensità assistenziale:** Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.), Assistenza Domiciliare Programmata (A.D.P.), Assistenza Domiciliare Alzheimer (A.D.A.);
- **ad alta intensità assistenziale:** Assistenza Domiciliare Integrata Elevata (A.D.I.E.), Assistenza Domiciliare Oncologica (A.D.O.), Assistenza Domiciliare Cure Palliative (A.D. – C.P.).

I destinatari dei servizi sono gli assistiti di ogni età non ambulabili, affetti da patologie previste negli Allegati G e H degli Accordi collettivi Nazionali per la Medicina Generale e per la Pediatria di Libera Scelta, nei relativi Accordi Decentrati regionali nonché nella Deliberazione del Consiglio Regionale 14 settembre 1999, n. 329 e nelle deliberazioni di Giunta Regionale n. 1062 del 30 ottobre 2001 e n. 543 del 9 settembre 2005 e successive integrazioni.

Tra gli obiettivi previsti è attesa una diminuzione dei ricoveri ordinari con riduzione del 10% delle giornate totali di degenza ospedaliera pari a circa 49.874 giornate per un risparmio economico quantificato in 9.874.800,00 euro annuo con il sistema a regime.

STRUMENTI ADOTTATI

Attuazione delle Linee Guida Regionali sul nuovo Sistema delle Cure Domiciliari.

METODOLOGIA DI CALCOLO

N. tot ricoveri ordinari anno 2006: 62.948

N. tot. giornate di degenza ordinaria anno 2006: 498.740

Costo medio per giornata di degenza: 637 euro

Risparmio medio previsto per la riduzione di ogni giornata di degenza: 200 euro

Riduzione percentuale dei ricoveri prevista sulla base di esperienze nazionali e regionali: 10%

10 % del n. tot di giornate di degenza ordinaria per anno X risparmio medio previsto per la riduzione di ogni giornata di degenza = $49.874 \times 200 = 9.874.800,00$ euro

INDICATORI

N. tot dei casi trattati in A.D. per anno.

N. tot. dei ricoveri ordinari per anno.

N. tot. delle giornate di degenza per anno.

N. tot. dei distretti sanitari che applicano le nuove Linee Guida Regionali sul Sistema delle Cure Domiciliari / n. tot. dei distretti sanitari regionali.

FONTI DI VERIFICA

D.G.R su Linee Guida sul nuovo Sistema delle Cure Domiciliari entro 30/5/2007.

Provvedimenti aziendali ASREM per l'attuazione del nuovo Sistema delle Cure Domiciliari entro 30/6/2007.

Report annuale del Sistema Informativo Sanitario Regionale anni 2008-2009

Report annuale aziendale ASREM sul Sistema delle Cure Domiciliari anni 2008-2009

10 Misure di razionalizzazione dell'uso della risorsa farmaco in ambito territoriale.

La Regione Molise ha da diversi anni intrapreso percorsi impegnativi di monitoraggio della spesa farmaceutica insieme ad innovative iniziative di azione per incidere sui comportamenti prescrittivi, privilegiando la logica del governo clinico.

In altri termini, anche quando è stata richiamata l'attenzione dei prescrittori sulle regole di concedibilità dei farmaci a carico del SSN ciò è stato realizzato evidenziando la base scientifica che ha ispirato il sistema di note AIFA.

Questo ha consentito di intraprendere percorsi sperimentali che hanno dimostrato un'ottima compliance da parte dei medici, diversamente quanto avvenuto per la reportistica "economico-centrica" del passato.

Il dialogo con i medici si è quindi sviluppato su un terreno di condivisione che oggi consente di estendere le sperimentazioni (che hanno messo a segno economie molto consistenti, nell'ordine del 20%) all'intero territorio regionale.

Contemporaneamente si sono sviluppati altri controlli che hanno consentito di intercettare un fenomeno isolato di false prescrizioni (per un valore approssimativo di 100.000 euro) che è stato tempestivamente intercettato grazie al datawarehouse aziendale sviluppato presso l'ex ASL 3 Centro Molise.

Nei prossimi anni verrà data organicità ulteriore a queste azioni che consentirà di recuperare oltre 9mln di euro nel 2009.

Le misure illustrate in seguito sono caratterizzate da una solida base di esperienza e sono quantificate in una logica di estrema prudenza e realismo.

10.1 Estensione dei progetti di diffusione dell'Evidence Based Medicine (Arianna) all'intero territorio regionale

DESCRIZIONE

Il progetto Arianna consiste in un programma formativo orientato ai MMG, PLS e specialisti basato sulla logica dell'*Audit & Feedback*. Un board di medici (tutor) affiancato da un delegato ASREM (medico) da uno specialista in epidemiologia ed uno in banche dati elabora un piano formativo annuale teso ad affrontare le criticità prescrittive riscontrate dall'analisi dei dati delle prescrizioni farmaceutiche.

Gli eventi formativi coinvolgono i medici appartenenti alle categorie citate, sono accreditati ECM e si avvalgono di un esperto di patologia (tipicamente un docente universitario) che espone nel corso dell'incontro formativo le evidenze sulla patologia affrontata, commenta i dati prescrittivi, discute il percorso diagnostico terapeutico aziendale che il board del progetto ha elaborato sulla patologia.

I partecipanti al progetto inviano mensilmente il file delle prescrizioni di farmaci, ciascuna motivata mediante ICD-9, consentendo una reale analisi di appropriatezza oltre che una precisa mappatura epidemiologica.

Il progetto è stato sperimentato in numerose realtà dimostrando efficacia e persistenza dell'intervento formativo, garantendo al tempo stesso rilevanti risultati sul piano della razionalizzazione della spesa.

La regione si impegna ad attuare quanto di sua competenza con riferimento agli obblighi previsti dal citato articolo 50 e dai suoi decreti attuativi, nonché all'articolo 1, comma 810, della legge n. 296 del 2006 (Progetto Tessera Sanitaria), secondo quanto verrà previsto nei provvedimenti nazionali attuativi della predetta disposizione, per quanto attiene la rilevazione dei dati delle ricette dai medici prescrittori, impegnandosi altresì ad utilizzare, conseguentemente, i dati rilevati, al fine di consentire la completa e piena attuazione dell'analisi dell'appropriatezza prescrittiva dei medici sull'intero territorio regionale.

La regione si impegna inoltre ad effettuare le verifiche dell'appropriatezza prescrittiva nell'ambito del procedimento definito nel paragrafo 14.4.

STRUMENTI ADOTTATI

Adesione del 25% dei MMG al progetto Arianna.

METODOLOGIA DI CALCOLO

Sperimentato presso l'ex ASL 3 Centro Molise, il progetto ha evidenziato in uno studio caso-controllo una notevole efficacia sul piano economico: 19 medici aderenti sono stati confrontati con 19 non aderenti al progetto sperimentale per un periodo di 2 anni. Il gruppo aderente al progetto ha mostrato una notevole riduzione delle criticità prescrittive, arrivando complessivamente ad una spesa del 21% circa inferiore rispetto al gruppo di controllo, non essendo quello dell'economia l'obiettivo primario della sperimentazione.

La persistenza dei risultati, la loro efficacia economica e l'ottima *compliance* del progetto nei confronti dei medici hanno spinto ad estendere la sua sperimentazione sull'intero territorio regionale.

ATC	Arianna	Non Arianna	Delta (spesa)
A	739.535,50	933.599,58	-€ 197.074,16
B	271.383,31	267.173,12	€ 7.213,95
C	1.913.733,42	2.188.962,81	-€ 297.770,50
D	28.053,23	22.442,33	€ 7.977,78
G	158.012,06	185.297,12	-€ 30.643,04
H	100.002,52	153.948,05	-€ 56.620,27
J	448.414,94	671.953,30	-€ 223.233,07
L	317.483,53	293.227,19	€ 10.376,33
M	194.360,22	304.139,95	-€ 106.139,24
N	394.437,62	442.768,35	-€ 45.092,17
P	2.082,23	1.823,36	€ 181,05
R	243.951,01	347.352,44	-€ 92.005,48
S	57.337,35	56.345,40	€ 271,02
V	1.764,16	816,56	€ 935,66
	€ 4.870.551,10	€ 5.869.849,56	-€ 1.021.622,15

Il risparmio conseguibile nell'anno 2007, pertanto è prudenzialmente stimabile in circa 1.021.622 euro, sulla base di un pari valore già conseguito nell'anno 2005.

La potenzialità di risparmio del progetto è, nell'ipotesi di un'adesione del 25% dei MMG (circa 60 medici su un totale di circa 235), pari a 3.250.000 euro, con efficacia a partire dal 2008; tuttavia prudenzialmente si sconta un risparmio pari a 2.250.000 supponendo che l'adesione possa essere inferiore.

INDICATORI

- Studi Caso-Controllo degli indici di spesa per assistito pesato.
- Rapporto spesa/indice di complessità dei casi trattati in due gruppi di MMG (aderenti vs non aderenti al progetto)

FONTI DI VERIFICA

- DGR per l'estensione del progetto "Arianna" entro 30/6/2007
- Dati di spesa farmaceutica convenzionata entro 30/11/2007-2008-2009

10.2 Potenziamento dell'utilizzo dei farmaci generici in tutti gli ambiti prescrittivi e assistenziali

DESCRIZIONE

Il passaggio ai generici è stato punteggiato in Italia da una serie di difficoltà sia di carattere culturale che strutturale che contingente. La diffidenza nei confronti dei farmaci generici ha ricevuto impulso da diversi episodi, da ultimo quello relativo alle false certificazioni. Inoltre in Italia i brevetti hanno beneficiato di proroghe che hanno ritardato strutturalmente il processo di introduzione dei farmaci generici.

Nel campo della farmaceutica territoriale dove la componente emozionale (paziente) si fronteggia con quella puramente tecnica, diversamente dall'ambiente ospedaliero, il passaggio al generico non è frutto di una mera scelta amministrativa, ma è l'esito di un processo culturale multifattoriale.

Inoltre le molecole a brevetto scaduto sembrano, per questo sol fatto, ridurre la loro efficacia agli occhi del prescrittore, vedendo una riduzione a volte molto consistente della loro prescrizione.

Va tuttavia ricordato che l'introduzione del generico di norma porta ad una moderazione del prezzo delle equivalenti specialità.

STRUMENTI ADOTTATI

Accordi specifici con la medicina generale; corsi di formazione per i prescrittori territoriali e ospedalieri.

METODOLOGIA DI CALCOLO

Le molecole i cui brevetti scadranno nel 2007 hanno un peso economico medio nell'ultimo triennio 2004-2006 dell'11,2%, come evidenziato nella seguente tabella.

ATC	Prodotto	%
C09AA05	RAMIPRIL	1,3%
J01FA09	CLARITROMICINA	1,0%
R06AE07	CETIRIZINA	0,3%
A02BC01	OMEPRAZOLO	2,2%
C02CA04	DOXAZOSIN	1,6%
C08CA01	AMLODIPINA	2,0%
C10AA01	SIMVASTATINA	1,7%
C10AA03	PRAVASTATINA	1,2%
		11,2%

L'impatto potenziale è stimato considerando un passaggio al generico pari al 40% nella prima annualità efficace (2008) e dell'80% nella seconda e le successive.

Per l'abbattimento del prezzo di acquisto si è fatto riferimento al dato medio del 40% di risparmio.

Sulla base di queste considerazioni il risparmio atteso è pari a euro 1.164.800 (2008) e 2.329.600 (2009).

INDICATORI

- Livello di prescrizione dei farmaci generici rispetto ai genericabili.
- Flussi informativi derivanti dall'acquisizione dei dati all'atto della spedizione della ricetta

FONTI DI VERIFICA

- Monitoraggio della prescrizione dei farmaci generici entro 30/10/2007-2008-2009
- Documentazione probatoria dimostrativa del collegamento con il progetto tessera sanitaria entro 31/7/2007

10.3 Distribuzione diretta Ossigeno terapeutico

DESCRIZIONE

Numerose esperienze come quella in corso dal gennaio 2003, presso l'Ospedale di Cuasso al Monte (Azienda Ospedaliera Macchi di Varese) hanno dimostrato l'utilità clinica ed economica del controllo domiciliare in telemedicina dei pazienti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) in ossigenoterapia.

I pazienti sono seguiti presso l'UO Pneumologia Riabilitativa dell'Ospedale tramite il monitoraggio con pulsossimetro dei parametri vitali che permettono di valutare la stabilità della malattia e/o di cogliere le sue fasi di riacutizzazioni, impostando in modo precoce un trattamento adeguato.

La distribuzione diretta dell'ossigeno terapeutico integrata con il monitoraggio telematico (teleossimetria, OTLT) ha conseguito, laddove applicata, risultati interessanti sia in termini di

risparmio sul prezzo d'acquisto che su quello altrettanto rilevante della riduzione dei ricoveri per riacutizzazione (Ossigenoterapia domiciliare a lungo termine in Italia, Sprinter, 2006).

Criticità rilevante è rappresentata dai numerosi episodi di “gara deserta” che negli ultimi anni hanno punteggiato i tentativi di introduzione di workflow diversi come appunto la distribuzione diretta. Tuttavia un varco sembra essersi aperto in questo senso (ad esempio nella Regione Marche), consentendo l'attivazione del servizio.

Alcuni studi hanno dimostrato un risparmio fino al 50% del costo dei casi in trattamento. Un'adeguata fase di sperimentazione potrà portare ad implementare tali tecniche nello scenario molisano, riuscendo a frenare l'escalation dei consumi registrata nell'ultimo periodo e, al contempo, realizzando una di quelle forme alternative al ricovero ricordate in più punti del presente documento.

STRUMENTI ADOTTATI

Attivazione del servizio di distribuzione diretta

Sperimentazione estesa di applicazioni di telemedicina per il monitoraggio a distanza dei pazienti affetti da BPCO in ossigenoterapia

METODOLOGIA DI CALCOLO

I dati relativi alle esperienze nella Regione Marche riportano risparmi di circa il 40% sui costi di acquisto. La manovra potrà essere efficace a partire dal 2° trimestre 2008. La spesa gennaio/settembre 2006 è stata pari ad euro 1.467.918,33. Conseguentemente i risparmi previsti, applicando la quota del 40% di risparmio sono per il 2008 pari ad euro 587.167,33 (a partire dal 2° trimestre), per l'anno 2009 pari ad euro 782.889,78 .

Spesa gennaio-settembre 2006	1.467.918
Stima spesa 2006	1.957.224
Stima risparmio 2008	587.167
Stima risparmio 2009 (valore del 40%)	782.890

INDICATORI

- Valori di spesa ossigeno liquido
- Numero di pazienti monitorati per via telematica

FONTI DI VERIFICA

- Aggiudicazione gara entro 31/3/2008
- Documentazione avvio sperimentazione su 50 pazienti pari al 10% dei Pz in trattamento entro 30/5/2008

10.4 Prezzo massimo di rimborso sui medicinali appartenenti alla categoria terapeutica omogenea ATC A02BC “inibitori della pompa acida”

DESCRIZIONE

La presente azione prevede il rimborso al farmacista di un prezzo massimo per confezione sui medicinali “inibitori della pompa acida” – ATC A02BC - prescritti con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale alle condizioni e limitazioni di cui alle nuove note AIFA 2006-2007 per l’uso appropriato dei farmaci (note 1 e 48), pubblicate sul supplemento ordinario alla gazzetta ufficiale n.7 del 10 gennaio 2007; le molecole interessate sono le seguenti:

Lansoprazolo ; Omeprazolo; Pantoprazolo; Rabeprazolo; Esomeprazolo.

Il prezzo massimo preso a riferimento è il prezzo del lansoprazolo previsto dalle liste di trasparenza dei medicinali equivalenti – comunicato AIFA 15 febbraio 2007 -

L’introduzione della misura deriva dalla necessità di calmierare l’eccesso di consumo farmaceutico e di spesa nell’ambito di una categoria di farmaci a largo consumo.

L’intervento è, inoltre, razionale sotto il profilo del governo clinico in quanto si applica ad un gruppo di farmaci per i quali la letteratura e l’evidenza, ancorché empirica, dimostrano l’equivalenza terapeutica. Tuttavia va considerato che la misura non sarà applicabile in caso di intolleranza, allergia ovvero in tutti gli altri casi di documentata impossibilità nell’utilizzo del farmaco. La quota di casi in cui la misura non sarà applicabile è stimabile in un valore pari al 15%.

STRUMENTI ADOTTATI

Adozione del prezzo massimo di rimborso per gli inibitori della pompa acida

METODOLOGIA DI CALCOLO

.(TabA026)

Categoria terapeutica	2006 lordo annuo	2006 totale pezzi	2006 costo medio	2006 netto (lordo – ticket – sconto)	2007 proiezione con manovra Prezzo riferimento	2007 lordo	2007 netto (lordo- ticket- sconto)	2007 risparmio netto (netto 2006 –netto 2007)	2007 risparmio atteso (risparmio netto 2007 – 15%)
ATC A02BC	6.446.513,31	360.123	17,90	6.387.850,05	11,00 *)	3.961.353,00	3.925.185,85	2.462.664,20	2.093.264,57
Inibitori di pompa acida					Lansoprazolo				

*) Il prezzo di riferimento corrisponde all’arrotondamento del prezzo massimo rimborso previsto per il dosaggio più alto del Lansoprazolo

La misura nell’anno 2007 produrrà una economia pari a 9/12 di 2.093.264,57 in quanto la sua efficacia interviene in tre dei quattro trimestri (aprile-dicembre 2007). Pertanto il risparmio atteso è pari a 1.569.948 euro.

La misura produrrà una economia che al momento è prudenzialmente quantificabile per gli anni 2008 e 2009 in 1.000.000 di euro, considerando le variabili che potranno intervenire, quali ad esempio un intervento dell'AIFA in materia di prezzi di rimborso.

INDICATORI

Indicatori di risparmio connessi all'applicazione del prezzo massimo di rimborso

FONTI DI VERIFICA

DGR concernente l'applicazione del prezzo massimo di rimborso entro 31/03/2007

Documentazione probatoria (reports) entro 31/10/ 2007-2008-2009

10.5 Monoprescrizione a carico SSN dei medicinali appartenenti alla categoria terapeutica omogenea ATC C10AA – Statine -

DESCRIZIONE

La presente azione è diretta a limitare ad una sola confezione per ogni ricetta la prescrizione con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale delle “sostanze modificatrici dei lipidi – inibitori della HMG CoA (idrossimetilglutaril-coenzima A reduttasi)” categoria terapeutica ATC C10AA; le molecole interessate sono le seguenti:

Simvastatina ; Lovastatina; Pravastatina; Fluvastatina; Atorvastatina; Rosuvastatina.

L'intervento è diretto a promuovere l'appropriatezza prescrittiva per questa categoria di farmaci. Difatti la prescrizione di una sola confezione per ricetta consente di ridurre il fenomeno della “prescrizione occasionale” di tali farmaci curativi, invece, di malattie croniche.

L'AIFA, in merito all'inappropriatezza prescrittiva riguardante questa categoria di farmaci, ha fornito una stima pari al 20%.

STRUMENTI ADOTTATI

Adozione del regime della monoprescrizione per le Statine

METODOLOGIA DI CALCOLO

Stima del risparmio sulla spesa per le statine anno 2007	
Spesa lorda Molise anno 2006	4.708.626,76
Stima risparmio (20% della spesa lorda complessiva)	941.725,95

Per l'anno 2007 la misura produrrà un'economia di euro **720.000 circa**, pari a circa 9/12 dell'importo riportato in tabella, in quanto la sua efficacia interviene a partire dal 1° aprile 2007.

La misura produrrà una economia che al momento non è puntualmente quantificabile per gli anni 2008 e 2009.

INDICATORI

Indicatori di risparmio connessi alla monoprescrizione.

FONTI DI VERIFICA

DGR concernente la limitazione ad una sola confezione per ricetta delle statine entro 31 marzo 2007

Documentazione probatoria (reports) entro 31/10/2007-2008-2009.

10.6 Inserimento nuove molecole del Prontuario Ospedale Territorio (PHT) nel regime della “distribuzione per conto SSN”

DESCRIZIONE

La Regione Molise, in forza della disposizione contenuta nella legge n. 405 del 2001 che dava facoltà alle regioni di stipulare accordi con le categorie interessate per la distribuzione di farmaci acquistati direttamente, ha avviato nel corso del 2005 la “erogazione per conto del SSN” dei farmaci inseriti nell’allegato 2 al D.M. Sanità 22.12. 2000 e s.m. ed integrazioni – determinazione AIFA 29.10.2004 inerente al Prontuario Ospedale-Territorio (PHT)-, con l’obiettivo di ottenere un contenimento della spesa farmaceutica e una migliore appropriatezza prescrittiva.

L’accordo con le categorie interessate, intervenuto in via sperimentale alla fine dell’anno 2004 ed entrato a regime a giugno 2005, è stato rinnovato a marzo 2006, tenuto conto degli esiti positivi della sperimentazione, ed è tuttora in vigore.

Il beneficio economico si realizza in conseguenza di acquisti diretti da parte della ex ASL 3 capofila – ora zona territoriale ASREM di Campobasso – delle specialità medicinali con possibilità di sconto sul prezzo al pubblico oscillante tra il 33% (ex factoring) e il 50%.

Per il servizio prestato è riconosciuto al distributore intermedio e alle farmacie il rimborso degli oneri di distribuzione pari rispettivamente al 3% e al 9,8%.

I principi attivi attualmente gestiti in tale regime sono il risultato di una continua verifica dei costi e delle tipologie di farmaci sulla base delle esigenze prescrittive del territorio regionale nonché delle nuove formulazioni presenti sul mercato.

La distribuzione per conto ha prodotto nel corso del 2006 un risparmio che ha contribuito al rispetto del tetto del 13% della spesa farmaceutica convenzionata per gli anni 2005 e 2006.

La presente misura consta, pertanto, nella estensione nell’ambito della distribuzione per conto di nuove molecole estrapolate dal Prontuario HT (es. clopidogrel; eparine a basso peso molecolare – EBP -) che incidono in misura maggiore in termini di consumo e di spesa.

STRUMENTI ADOTTATI

Estensione nell’ambito della distribuzione per conto di nuove molecole estrapolate dal PHT

METODOLOGIA DI CALCOLO

Distribuzione nuove molecole del PHT

Distribuzione per conto SSN nuove molecole del PHT

2006	2006	2006	2007	2007	2007	2007	2007
Lordo (Prezzo al pubblico)	Sconto a carico delle farmacie 4,34%	Netto in assistenza convenzionata (stima)	Proiezione con manovra Valore acquisto ASREM (lordo- 42% sconto medio)	oneri farmacie (9,88% + iva 20%)	Oneri grossisti (3% +iva 20%)	Costo complessivo a carico ASREM	Risparmio (netto in assistenza convenzionata – costo ASREM)
4.889.917,00	212.222,40	4.677.694,60	2.787.252,69	579.748,56	176.037,01	3.543.038,26	1.134.656,34

La misura produrrà una economia che al momento non è puntualmente quantificabile per gli anni 2008 e 2009.

INDICATORI

Stipula contratti di fornitura

FONTI DI VERIFICA

DGR ricognitiva dei contratti di fornitura delle nuove molecole del PHT inserite nella “distribuzione per conto” entro 30/4/2007.

Documentazione probatoria (reports) nell’ambito del sistema di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche riferite alle specifiche molecole: entro 31/10/2007-2008-2009

11 Riassetto della rete ospedaliera

Riorganizzazione complessiva del sistema dell'offerta connessa all'approvazione dell'Atto Aziendale e alla realizzazione dei dipartimenti regionali per MDC. Riconfigurazione dell'offerta ospedaliera in presidi multispecialistici e riaccreditamento delle strutture di ricovero. Evoluzione dell'offerta sanitaria verso schemi orientati al territorio, mediante l'utilizzo efficiente di infrastrutture, personale ed apparecchiature attualmente funzionali ad attività di ricovero. Ridispiegamento del personale mediante pianificazioni agganciate al processo di turnover.

11.1 Nuova dotazione posti letto per strutture pubbliche e private accreditate

DESCRIZIONE

Riconduzione progressiva del numero dei posti letto a 4.725 x mille, attraverso i budget dal 2007 al 2009

Deliberazioni delle aziende pubbliche e private sulla istituzione e regolamentazione dei posti di DH e DS.

Con DGR n. 167 del 27/02/07 è stata disposta la riduzione dei posti letto della rete ospedaliera regionale con chiusura dei posti letto e l'adozione dello standard dei 4,5+0,5% posti letto per 1000 abitanti per 361 pp.ll. su totali anagrafici di 1883, con la seguente cadenza temporale di intervento: il 40% nell'anno corrente di cui la metà entro 3 (tre) mesi dalla data di adozione del provvedimento regionale, il 30% nell'anno 2008, il restante 30% nell'anno 2009. Con tale provvedimento regionale è stato stabilito, altresì, che l'Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASREM) provvederà a tale rimodulazione con applicazione di norma dei seguenti standards: tasso di utilizzo dei pp.ll. e tasso di inappropriatezza dei ricoveri. Tale rimodulazione viene di seguito descritta dalla ASREM

STRUMENTI ADOTTATI

DGR n. 167 del 27/02/07 "Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA art.9 intesa Stato Regioni del 23/3/2005. Adempimenti 2005 3.1 e 3.2 ed integrazione programma operativo triennio 2007-2009 accordo ai sensi dell'art.1 comma 180 della Legge 311/2004. Chiusura dei posti letto ed adozione dello standard del 4,5 più 0,5 posti

METODOLOGIA DI CALCOLO

Offerta Ospedaliera

L'attività di ricovero in Molise è erogata da strutture pubbliche e private accreditate che operano in una rete diffusa di ospedali, e precisamente sei presidi ospedalieri pubblici tre cliniche private un I.R.C.C.S. e il centro di "Alta specializzazione della Università Cattolica del Sacro Cuore" per un totale (al 31/12/06) di 1883 posti letto anagrafici, desumibili dai modelli HSP 12 e HSP13, pari a 5,85 per mille abitanti, di cui 4.96 per acuti 0.89 per riabilitazione e lungo degenza.

Strutture ospedaliere operanti nella Regione Molise

(Tab A027)

Strutture Pubbliche					
O.C. Agnone	O.C. Veneziale	O.C. SS.Rosario	O.C. Cardarelli	O.C. Vietri	O.C. S.Timoteo
Strutture accreditate					
Cliniche Private			Alta Specializzazione	IRCSS	
Villa Ester	Villa Maria	IGEA	U.C.S.C.G.Cattolica	Neuromed	

Solo 189 (10.04%), di cui 157 nelle strutture pubbliche, sono i posti letto in DH contro la tendenza diffusa a livello nazionale, di aumentare tale tipologia di posti letto oltre il valore minimo consigliabile del 10%.

Così distribuiti:

(Tab A028)

	ord.	dh	tot	prevalenza	%DH
Totale ASREM	1694	189	1883		
Pubblico	1167	157	1324	70,31%	11,86%
Privato accreditato	209	10	219	11,63%	4,57%
Alta Specializzazione	164	16	180	9,56%	8,89%
IRCCSS	154	6	160	8,50%	3,75%

PL Acuti	ord	dh	tot	prevalenza	%DH
Pubblico	1082	149	1231	77,08%	12,10%
Privato accreditato	92	10	102	6,39%	9,80%
Alta Specializzazione	144	16	160	10,02%	10,00%
IRCCSS	98	6	104	6,51%	5,77%
			1597		
PL riabilitazione e lungodegenza					
Pubblico	85	8	93	32,52%	8,60%
Privato accreditato	117	0	117	40,91%	0,00%
Alta Specializzazione	20	0	20	6,99%	0,00%
IRCCSS	56	0	56	19,58%	0,00%
			286		

Nel periodo 2002-2005 l'andamento della ospedalizzazione, ha visto una progressiva tendenza ad un aumento del numero dei ricoveri che da 73098 nel 2002 passano a 80.619 nel 2005.

Il tasso regionale di ospedalizzazione è infatti passato da 228,10 per mille abitanti del 2002 a 250,41 del 2005, ben oltre i limiti consigliati dall'intesa Stato Regioni del 23/5/05 che prevede il raggiungimento di un tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per mille abitanti residenti, nonostante nello stesso periodo la quota relativa al day hospital sia andata progressivamente aumentando attestandosi nel 2005 al 24,78%, ben oltre il valore consigliato dalla medesima intesa che lo ha fissato questo valore di norma pari al 20%.

(Tab A030)

Tasso di Ospedalizzazione				
	2002	2003	2004	2005
Popolazione	320467	321047	321697	321953
Ricoveri (Pass.+Reg.)	73098	77153	79419	80619
Tasso	228,10	240,32	246,88	250,41
Tasso ord.	200,78	188,54	189,76	188,36
Tasso dh	27,32	51,78	57,11	62,04
prevalenza dh	11,98%	21,55%	23,13%	24,78%

Analogo andamento si è avuto per ciascun distretto e per la rispettiva Zona di appartenenza , pur con differenze riconducibili principalmente alla diversa prevalenza di popolazione anziana, alle caratteristiche del territorio e alla diversa struttura della offerta.

Andamento Tassi di ospedalizzazione per Distretto di Residenza

(Tab A031)

Distretto	2002	2003	2004	2005
AGNONE	261,2	273,5	275,5	286,09
BOIANO	226,2	223,2	231,9	248,67
CAMPOBASSO CITTA'	224,2	251,9	255,1	252,11
CB EST	202,9	228,8	250,0	241,36
CB OVEST	223,4	249,7	255,7	256,84
FROSOLONE	207,9	214,1	228,9	229,09
ISERNIA	218,8	214,9	225,5	228,27
LARINO	264,9	273,4	286,6	279,69
MONTENERO DI BISACCIA	226,8	244,2	239,6	250,38
RICCIA	193,6	216,8	228,9	239,22

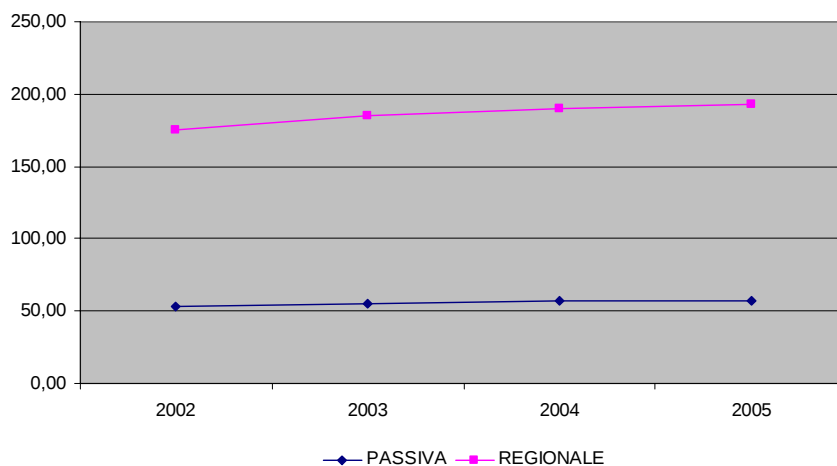
SANTA CROCE DI MAGLIANO	246,1	241,9	247,6	253,58
TERMOLI	220,8	234,9	243,1	252,56
TRIVENTO	219,3	216,3	222,6	227,89
VENAFRO	255,7	258,4	258,8	260,72

NB: la città di Campobasso, considerata a se nelle elaborazioni, in effetti è divisa nei due distretti di Campobasso EST e Campobasso OVEST

L'incremento del tasso di ospedalizzazione ha interessato sia il tasso regionale sia quello derivante dal fenomeno della mobilità verso ospedali extra regionali:

Tasso di Ospedalizzazione ASReM per tipo di mobilità
(valori grezzi fonte dati Molise Dati)

TabG019



La mobilità passiva rappresenta, infatti, un elemento di criticità nel complesso della Sanità Regionale.

L'analisi dei dati di mobilità evidenzia che trattasi prevalentemente di una mobilità di prossimità, diretta cioè, verso regioni limitrofe come confermato dai dati riportati nelle successive tabelle, dove la mobilità passiva viene analizzata sia in relazione alla regione di destinazione che in termini percentuali, relativamente al distretto sanitario di appartenenza:

(Tab A031)

Regione di destinazione	2002	2003	2004
ABRUZZO	6.697	7.240	7.722
LAZIO	4.183	4.490	4.553
PUGLIA	1.693	1.555	1.366
CAMPANIA	1.156	1.233	1.383
EMILIA ROMAGNA	927	934	941
LOMBARDIA	906	791	828

MARCHE	438	416	456
TOSCANA	400	388	414
UMBRIA	191	235	241
VENETO	183	180	173
PRO. AUT. TRENTO	122	18	15
LIGURIA	82	71	59
SICILIA	23	36	28
FRIULI VENEZIA GIULIA	21	36	22
CALABRIA	17	24	28
PRO. AUT. BOLZANO	12	6	4
BASILICATA	11	6	16
SARDEGNA	8	9	10
PIEMONTE	6	117	106
VALLE d'AOSTA	2	1	3

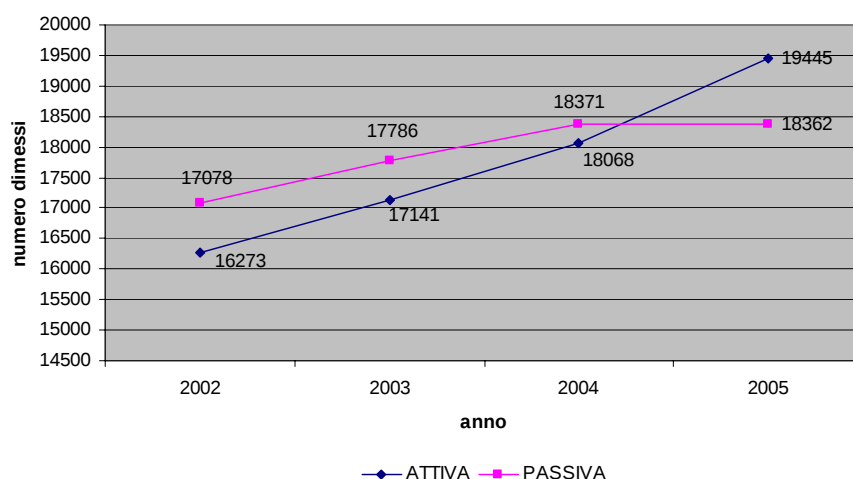
(Tab A032)

Distretto di Residenza	2002	2003	2004
AGNONE	28%	29%	28%
BOIANO	16%	16%	15%
CAMPOBASSO CITTA'	19%	18%	16%
CB EST	15%	14%	14%
CB OVEST	14%	14%	14%
FROSOLONE	22%	26%	27%
ISERNIA	25%	25%	27%
LARINO	19%	19%	19%
MONTENERO DI BISACCIA	34%	35%	36%
RICCIA	19%	17%	16%
SANTA CROCE DI MAGLIANO	20%	20%	19%
TERMOLI	28%	27%	28%
TRIVENTO	24%	21%	20%
VENAFRO	31%	33%	37%

A parziale conforto di questo andamento, l'analisi dei dati evidenzia un progressivo aumento dei ricoveri in mobilità attiva rispetto a quella passiva al punto che il 2005 segna un delta positivo di 1083 dimessi.

Andamento della mobilità nella ASReM
(fonte dati archivio SDO - Molise Dati)

TabG020



Sostanzialmente stabile la degenza media che si attesta nel 2005 a 6,6 gg. per i ricoveri riferiti ai pazienti molisani, di poco superiore per gli extra regionali;

(Tab A033)

DEGENZA MEDIA (produzione = regionali + attiva)				
	2002	2003	2004	2005
Regionale	6,70	6,50	6,50	6,60
Regionale più attiva	6,90	6,75	6,80	6,70

mentre un consistente aumento si è avuto per quanto riguarda le modalità di ricovero che vedono il Day Hospital salire dal 8,77% al 23,29% per i ricoveri in acuzie.

(Tab A034)

% DAY HOSPITAL (produzione = regionali + attiva)				
	2002	2003	2004	2005
	8,77	19,49	20,34	23,29

Criticità

L'intesa Stato Regioni 23/3/2005 , art. 4, comma 1 prevede entro il 2007 uno standard di posti letto ospedalieri accreditati, effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4,5 posti letto per mille abitanti comprensivi della riabilitazione e della lungo degenza post

acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri, con una variazione che, in ogni caso, non può superare il 5% in considerazione di particolari situazioni regionali, mentre al comma 2 prevede il contenimento del tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per mille abitanti residenti, di cui almeno il 20% riferibile al regime di ricovero in day-hospital.

Obiettivo di questa Regione, più che una mera rideterminazione matematica dei posti letto, è quello di sviluppare una realtà ospedaliera orientata alla medio-alta intensità di cura con un miglioramento significativo del livello tecnologico ed un aumento dei punti di eccellenza.

Tale risultato potrà essere raggiunto prioritariamente attraverso la riconversione di una parte delle risorse attualmente utilizzate per i ricoveri potenzialmente inappropriati e il trasferimento alle funzioni territoriali della quota inappropriata per l'indispensabile potenziamento del servizio. Coerentemente con quanto esposto nei precedenti paragrafi, si definiscono di seguito gli obiettivi di natura strategica, gli standard di riferimento e gli indicatori di attività che sono stati presi in considerazione nel campo della produzione ospedaliera, e che questa Regione intende attuare nel triennio 2007 – 2009:

Obiettivi strategici:

9. Rivedere la produzione ospedaliera, da un lato attraverso lo sviluppo e la crescita dei punti di eccellenza, dall'altro verificando, mediante opportuni indicatori, l'appropriatezza delle prestazioni erogate;
10. Promuovere, per le prestazioni caratterizzate da bassa e bassissima complessità, attraverso lo strumento degli accordi e contratti, un sistema organizzativo (ospedale di comunità, ospedalizzazione domiciliare, ADI, prestazioni a domicilio, consulenza ai medici di medicina generale associati, ecc) che opera in modo coordinato e integrato con i servizi territoriali;

Standards di riferimento:

11. Tasso di utilizzo dei posti letto per istituto e reparto non inferiore all'85%;
12. Tasso di inappropriatezza dei ricoveri per i 43 (DRG) ad "alto rischio di inappropriatezza" se trattati in regime ordinario previsti dal DPCM 21/11/01 Tab1, sia per altri due gruppi di ricoveri, comunque a basso peso (< 0.86), e convenzionalmente indicati come Sentinella 1 (32 DRG) tab2 e Sentinella 2 (27 DRG) tab3 (intendendo inappropriato il ricovero effettuato in regime ordinario), non superiore al 15%;

Indicatori di attività:

13. Indice di CASE-MIX
14. Indice comparativo di performance ICP
15. Caratteristiche demografiche del territorio
16. Valenza sovrazonale del presidio

PRIMO OBIETTIVO

Riaspetto della rete ospedaliera regionale e riduzione dei posti letto

Dall'analisi di cui sopra, si evidenzia la necessità di rimodulare l'offerta di posti letto ospedalieri, ed in particolare dei posti letto per acuti.

Rideterminazione dei posti letto anagrafici in applicazione all'intesa Stato Regioni del 23/03/05
calcolato sulla Popolazione Molisana al 31/12/2004

P.L. ACUTI - 3,725 x 1000			
	Teorici	Regione	Saldo
	1199	1597	398
P.L. RIABILITAZIONE e LUNGODEGENZA - 1 x 1000			
	322	286	-36

Così distribuiti:

Intesa Stato Regioni del 23/3/05 - 4,5 x 1000 aumentabili del 5% = 4,725 x 1000

(Tab A035)

P.L. ACUTI - 3,725 x 1000									
	PL	Strutture Pubbliche			Strutture Accreditate				
ZONA TERRITORIALE	Teorici	ord	dh	tot.pubb	ord	dh	tot.acc.	Totale	Saldo
ALTO MOLISE	51	92	9	101	0	0	0	101	50
PENTRIA	285	263	31	294	108	6	114	408	123
CENTRO MOLISE	483	391	59	450	226	26	252	702	219
BASSO MOLISE	380	336	50	386	0	0	0	386	6
	1199	1082	149	1231	334	32	366	1597	398
P.L. RIABILITAZIONE e LUNGODEGENZA - 1 x 1000									
ALTO MOLISE	14	0	0	0	0	0	0	0	-14
PENTRIA	76	28	2	30	146	0	146	176	100
CENTRO MOLISE	130	7	6	13	47	0	47	60	-70
BASSO MOLISE	102	50	0	50	0	0	0	50	-52
	322	85	8	93	193	0	193	286	-36

La determinazione dei posti letto presenti nelle strutture pubbliche e accreditate al 31/12/06, in applicazione all'Intesa Stato Regioni del 23/3/05, evidenzia, infatti, una esubero pari a 398 posti letto per acuti, solo parzialmente compensato dalla carenza di 36 posti letto da riservare alla riabilitazione e lungo degenza.

Difatti, nel PSR vigente, all'allegato 3 riguardante la ristrutturazione della rete ospedaliera, ai sensi della legge n. 382/1996, è prevista l'attivazione per ospedale di posti letto di riabilitazione e lungodegenza nel rapporto 1 x 1000 abitanti.

Ciò premesso, l'obiettivo che la Regione è chiamata ad attuare nel prossimo triennio, in applicazione degli accordi sui livelli essenziali di assistenza (L.E.A) e rispettando i bisogni dei pazienti, è quello di operare scelte di programma e pianificazione tali da produrre una riduzione della dotazione regionale di PL di 362 unità.

Procedura

Coerentemente con gli obiettivi espressi in premessa, nel piano di riorganizzazione della rete ospedaliera del Molise si è scelto di definire le risorse di strutture e di PL con una metodologia capace di rilevare i bisogni effettivi della popolazione, espressi dalla somma dei ricoveri effettuati dai residenti nelle strutture ospedaliere regionali (mobilità regionale) e quelli effettuati presso strutture extra regionali (mobilità passiva)

Sono state misurate le giornate di degenza consumate, dai cittadini residenti in Molise, in regime di ricovero ordinario e di day-hospital, classe d'età, degenza entro e fuori soglia, distinte per MDC e complessità delle prestazioni, in tutte le strutture ospedaliere della regione (mobilità regionale).

Analogo calcolo è stato effettuato per le prestazioni di ricovero erogate a cittadini residenti in Molise da istituti di ricovero di altre regioni (mobilità passiva), e per le prestazioni di ricovero erogate dalle strutture regionali ai cittadini non residenti in Molise (mobilità attiva)

Sulla base dei risultati, sono stati calcolati i posti letto 'teorici appropriati' totali e per MDC, espresse dal bisogno e dalla produzione interna, che sarebbero stati necessari per l'assistenza dei pazienti ad un tasso di utilizzo atteso non inferiore al 85% mediante la formula:

$PL = \text{Casi} / 365 / \text{tasso di occupazione atteso comunque non inferiore a } 85 \cdot \text{deg. media osservata}$

Sulla base del fabbisogno appropriato di PL per MDC è stato calcolato il numero dei posti letto teorici per MDC, ipotizzando l'attivazione, sui posti letto calcolati, del 10% e 15% di posti letto in DH.

(Tab A036)

	MDC	DEGENZA	PL %85	10% DH			15% DH		
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	74312	240	24	192	216	36	168	204
2	Malattie e disturbi dell'occhio	11173	36	4	29	32	5	25	31
3	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e d	16839	54	5	43	49	8	38	46
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	45116	145	15	116	131	22	102	124
5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	78980	255	25	204	229	38	178	216
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	52117	168	17	134	151	25	118	143
7	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	31768	102	10	82	92	15	72	87
8	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del te	76235	246	25	197	221	37	172	209

	MDC	DEGENZA	PL %85	10% DH	15% DH		MDC	DEGENZA	PL %85
9	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e	22853	74	7	59	66	11	52	63
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	28643	92	9	74	83	14	65	78
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	30874	100	10	80	90	15	70	85
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	8295	27	3	21	24	4	19	23
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	32678	105	11	84	95	16	74	90
14	Gravidanza, parto e puerperio	22564	73	7	58	65	11	51	62
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	11447	37	4	30	33	6	26	31
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e d	8942	29	3	23	26	4	20	24
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamen	58670	189	19	151	170	28	132	161
18	Malattie infettive e parassitarie	5402	17	2	14	16	3	12	15
19	Malattie e disturbi mentali	20068	65	6	52	58	10	45	55
20	Abuso di alcol/droghe e disturbi mentali organici indotti	1799	6	1	5	5	1	4	5
21	Traumatismi avvelenamenti ed effetti tossici da farmaci	5051	16	2	13	15	2	11	14
22	Ustioni	493	2	0	1	1	0	1	1
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai	10290	33	3	27	30	5	23	28
24	Traumatismi multipli rilevanti	1457	5	0	4	4	1	3	4
25	Infezioni da H.I.V.	5651	18	2	15	16	3	13	15
26	ALTRO	9907	32	3	26	29	5	22	27
	TOTALE	671624	2165	216	1732	1948	325	1515	1840

Dall'analisi dei risultati, così ottenuti, emerge che anche nell'ipotesi più favorevole che prevede l'attivazione del 15% di posti letto in day-hospital, il numero di posti letto occorrenti per soddisfare integralmente il bisogno espresso dalla popolazione molisana -1840 posti letto -, è di gran lunga superiore a quello previsto dall'intesa stato regioni del 23/3/2005 che fissa invece questo limite a 1521 posti letto se calcolato sulla popolazione al 31/12/2005.

Tuttavia, l'analisi della mobilità, vede un sostanziale recupero della mobilità attiva rispetto a quella passiva al punto che il 2005 segna un delta positivo di 1083 dimessi.

Dimessi per tipo mobilità

(Tab A037)

	2002	2003	2004	2005
ATTIVA	16273	17141	18068	19445
PASSIVA	17078	17786	18371	18362
REGIONALE	56020	59367	61048	62257

Queste considerazioni, insieme al fatto che una fisiologica mobilità passiva sarà comunque presente, ci portano a ritenere che la dotazione di posti letto calcolata sulla produzione interna (mobilità attiva + attività regionale) sia più appropriato e commisurato alle effettive esigenze della rete ospedaliera regionale.

A questo proposito, la Direzione Generale ASREM, ha effettuato uno studio sia dei ricoveri per i 43 (DRG) ad “alto rischio di inappropriatazza” se trattati in regime ordinario, sia per altri due gruppi di ricoveri, comunque a basso peso (< 0.86), attualmente in osservazione in molte regioni, e convenzionalmente indicati come Sentinella 1 (32 DRG) tab1 e Sentinella 2 (27 DRG) tab2.

Prevalenza dei DRG potenzialmente inappropriati su totale Ricoveri (anno 2005)

(Tab A038)

PRODUZIONE	2002	2003	2004	2005
LEA	22,18	19,49	19,12	17,93
SENTINELLA 1	10,99	11,21	11,28	10,79
SENTINELLA 2	5,63	5,69	5,63	5,85
TOTALE	38,80	36,39	36,03	34,57
REGIONALE				
LEA	21,24	18,35	17,72	17,14
SENTINELLA 1	11,59	11,81	11,72	11,36
SENTINELLA 2	5,67	5,80	5,74	6,02
TOTALE	38,49	35,95	35,18	34,52

Lo studio ha evidenziato che la prevalenza di detti ricoveri, pur se in progressivo calo, comunque rappresenta circa il 35% dell'attività ospedaliera.

Ancor più pesante è il bilancio “negativo”, se si considera le modalità di erogazione degli stessi, infatti per il 67,62% dei casi, gli stessi vengono erogati in regime ordinario, quindi inappropriato.

Modalità di erogazione (%) dei DRG potenzialmente inappropriati

(Tab A039)

	2002		2003		2004		2005	
PRODUZIONE	ord	dh	ord	dh	ord	dh	Ord	dh
LEA	90,43	9,57	76,42	23,58	73,75	26,25	59,24	40,76
SENTINELLA 1	84,44	15,56	64,56	35,44	66,16	33,84	64,98	35,02
SENTINELLA 2	94,60	5,40	83,17	16,83	80,75	19,25	80,72	19,28
TOTALE	89,82	10,18	74,72	25,28	73,55	26,45	68,32	31,68
REGIONALE	ord	dh	ord	dh	ord	dh	Ord	dh
LEA	89,80	10,20	73,21	26,79	69,89	30,11	59,82	40,18
SENTINELLA 1	83,44	16,56	62,59	37,41	64,41	35,59	63,22	36,78
SENTINELLA 2	94,87	5,13	82,97	17,03	81,09	18,91	79,82	20,18
TOTALE	89,37	10,63	72,92	27,08	71,80	28,20	67,62	32,38

Ciò premesso, per ciascun gruppo di DRG, e in coerenza con gli standards dichiarati in premessa, si è effettuata l'analisi dei casi osservati e delle giornate di degenza consumate nei singoli presidi e discipline, escludendo dai calcoli le 36 culle e i 4 posti letto del reparto carcerario dell'O.C. Cardarelli (che in effetti sono da considerare letti tecnici), e si è quindi proceduto al calcolo dei posti letto che verrebbero resi disponibili, qualora si trasferisse l'85% delle giornate di degenza consumate dagli stessi ricoveri in regime ordinario a quello di day hospital, atteso che una "inappropriatezza" del 10 - 15% può essere considerata fisiologica, e calcolando i nuovi posti letto, per disciplina e struttura ospedaliera, con un tasso di utilizzo all'85 per cento.

Ipotesi con trasferimento dei DRG potenzialmente inappropriati in DH

			Ipotesi al 85%
			Tasso di Occupazione PL
	PL attuali	PL Stato Regioni	85%
Ordinari	1694		1248
DH	189		273
TOTALE	1883	1521	1521

Dall'analisi dei dati così ottenuti emerge che, rispettando il bisogno dei pazienti e la domanda espressa, si otterrebbe una riduzione di posti letto tale da soddisfare, gli obiettivi dell'intesa Stato Regioni del 2005.

Di seguito è rappresentata la nuova dotazione di posti letto ASREM, con la rispettiva riduzione a livello di Zona Territoriale e Presidio ospedaliero, mentre, appare in ogni caso imprescindibile la valutazione a posteriori dell'offerta ospedaliera così come si configurerebbe dopo l'attuazione degli interventi di riduzione dei posti letto proposti, al fine di identificare quelle eventuali aree territoriali in cui attivare, nel triennio 2007-2009 e contestualmente alla disattivazione di posti letto prevista, ulteriori interventi di riequilibrio dell'offerta delle specialità di ricovero rispetto al fabbisogno della popolazione, che sarà oggetto di trattative con l'attivazione dei Dipartimenti per MDC che vedranno coinvolte le Unità Operative sia delle strutture pubbliche che di quelle private accreditate.

LA NUOVA RETE OSPEDALIERA DOPO LA RIMODULAZIONE

(Tab A040)

	PRESENTI	RIMODULATI Occ. 85%	Riduzione 100,00% Occ. 85%	%DH
P.O. S. FRANCESCO CARACCIOLO				
Ordinari	92	72	-20	
DH	9	18	9	
Totale Presidio	101	90	-11	20%
Ordinari	92	72	-20	
DH	9	18	9	
Totale ZONA ALTO MOLISE	101	90	-11	20%
IST.EUROPEO DI RIABILITAZIONE				
Ordinari	100	29	-71	
DH	0	11	11	
Totale Presidio	100	40	-60	28%
NEUROMED				
Ordinari	154	138	-16	
DH	6	17	11	
Totale Presidio	160	155	-5	11%
P.O. F. VENEZIALE				
Ordinari	157	130	-27	
DH	23	30	7	
Totale Presidio	180	160	-20	19%
P.O. SS ROSARIO				
Ordinari	134	95	-39	
DH	10	25	15	
Totale Presidio	144	120	-24	21%
Ordinari	545	392	-153	
DH	39	83	44	
Totale ZONA PENTRIA	584	475	-109	17%
CASA DI CURA "VILLA MARIA"				
Ordinari	41	33	-8	
DH	6	8	2	
Totale Presidio	47	41	-6	20%
CASA DI CURA "VILLA ESTHER"				
Ordinari	68	53	-15	
DH	4	13	9	
Totale Presidio	72	66	-6	20%

	PRESENTI	RIMODULATI Occ. 85%	Riduzione 100,00% Occ. 85%	%DH
U.C.S.C.				
Ordinari	164	125	-39	
DH	16	25	9	
Totale Presidio	180	150	-30	17%

P.O. A. CARDARELLI

Ordinari	374	308	-66	
DH	65	63	-2	
Totale Presidio	439	371	-68	17%

Ordinari	647	519	-128	
DH	91	109	18	
Totale ZONA CENTRO MOLISE	738	628	-110	17%

P.O. G. VIETRI

Ordinari	162	120	-42	
DH	24	30	6	
Totale Presidio	186	150	-36	20%

P.O. S. TIMOTEO

Ordinari	208	145	-63	
DH	26	33	7	
Totale Presidio	234	178	-56	19%

Ordinari	370	265	-105	
DH	50	63	13	
Totale ZONA BASSO MOLISE	420	328	-92	19%

ASREM

Ordinari	1654	1248	-406	
DH	189	273	84	
Totale ASREM	1843	1521	-322	18%

NB:al netto di 40 posti letto tecnici: 8 culle O.C. Vietri, 8 culle San Timoteo, 4 pl reparto carcerario O.C.Cardarelli e 20 culle O.C.Cardarelli

TAB.1 DPCM

ALLEGATO 2C D.P.C.M. novembre 2001

DRG	MDC	TIPO	Desc DRG	Peso
6	1	C	DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	0,5697
19	1	M	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC	0,8513
25	1	M	CONVULSIONI E CEFALEA ETA` > 17 SENZA CC	0,6989
39	2	C	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	0,7545
40	2	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA, ETA` > 17	0,5809
41	2	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA, ETA` < 18	0,5253
42	2	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	0,9707
55	3	C	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	0,8099
65	3	M	ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO	0,6977
119	5	C	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	0,7712
131	5	M	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, SENZA CC	0,8971
133	5	M	ATEROSCLEROSI, SENZA CC	0,8436
134	5	M	IPERTENSIONE	0,7757
142	5	M	SINCOPE E COLLASSO, SENZA CC	0,6074
158	6	C	INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC	0,7260
160	6	C	INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA` > 17 SENZA CC	0,9818
162	6	C	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA` > 17 SENZA CC	0,7547
163	6	C	INTERVENTI PER ERNIA, ETA` < 18	0,5783
183	6	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA` >17 SENZA CC	0,5960
184	6	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA` < 18	0,4420
187	3	M	ESTRAZIONI E RIPARAZIONI DENTALI	0,5573
208	7	M	MALATTIE DELLE VIE BILIARI, SENZA CC	0,8225
222	8	C	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	1,0926
232	8	C	ARTROSCOPIA	0,7714
243	8	M	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	0,7705
262	9	C	BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNI	0,6431
267	9	C	INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	0,7626
270	9	C	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	0,6174
276	9	M	PATOLOGIE NON MALIGNI DELLA MAMMELLA	0,4345
281	9	M	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SUBCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA`>17 SENZA CC	0,4742
282	9	M	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA`<18	0,4017
283	9	M	MALATTIE MINORI DELLA PELLE CON CC	1,1187
284	9	M	MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC	0,5584
294	10	M	DIABETE ETA` > 35	1,0083
301	10	M	MALATTIE ENDOCRINE, SENZA CC	0,6226
324	11	M	CALCOLOSI URINARIA, SENZA CC	0,5301
326	11	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA` > 17 SENZA CC	0,7369
364	13	C	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNI	0,5375
395	16	M	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA` > 17	1,2462
426	19	M	NEVROSI DEPRESSIVE	0,8815
427	19	M	NEVROSI ECCETTO NEVROSI DEPRESSIVE	0,7649
429	19	M	DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE	1,1983
467	23	M	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	0,4510

TAB.2 DPCM

SENTINELLA 1

DRG	MDC	TIPO	Desc DRG	Peso
182	6	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA` >17 CON CC	0,9820
96	4	M	BRONCHITE E ASMA, ETA` > 17 CON CC	0,9798
35	1	M	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO, SENZA CC	0,9503
145	5	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO SENZA CC	0,9171
46	2	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA` > 17 CON CC	0,9138
278	9	M	CELLULITE ETA` > 17 SENZA CC	0,7294
280	9	M	TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETA` >17 CON CC	0,7186
143	5	M	DOLORE TORACICO	0,7090
97	4	M	BRONCHITE E ASMA, ETA` > 17 SENZA CC	0,7040
102	4	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC	0,6714
100	4	M	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, SENZA CC	0,6610
69	3	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA` > 17 SENZA CC	0,6482
185	3	M	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE, ECCETTO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE, ETA` >17	0,6432
329	11	M	STENOSI URETRALE, ETA` > 17 SENZA CC	0,5364
249	8	M	ASSISTENZA RIABILITATIVA PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	0,4645
341	12	C	INTERVENTI SUL PENE	1,2519
424	19	C	INTERVENTI CHIRURGICI DI QUALUNQUE TIPO IN PAZIENTI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DI MALATTIA MENTALE	3,0597
468	26		INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	2,3079
476	26	C	INTERVENTO CHIRURGICO SULLA PROSTATA NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	1,8644
463	23	M	SEGNI E SINTOMI CON CC	1,2405
477	26	C	INTERVENTO CHIRURGICO NON ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	1,1823
469	26		DIAGNOSI PRINCIPALE NON VALIDA COME DIAGNOSI DI DIMISSIONE	0,1574
470	26		NON ATTRIBUIBILE AD ALTRO DRG	0,1866
464	23	M	SEGNI E SINTOMI SENZA CC	0,6051
382	14	M	FALSO TRAVAGLIO	0,1864
189	6	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA` > 17 SENZA CC	0,6293
247	8	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI AL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E AL TESSUTO CONNETTIVO	0,5863

TAB.3 DPCM

SENTINELLA 2

DRG	MDC	TIPO	Desc DRG	Peso
47	2	M	ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA` > 17 SENZA CC	0,5848
59	3	C	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA` > 17	0,4226
60	3	C	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA` < 18	0,2744
73	3	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA` > 17	0,7268
74	3	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA` < 18	0,4465
88	4	M	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	1,1865
90	4	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA` > 17 SENZA CC	1,0655
91	4	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA` < 18	0,7642
169	3	C	INTERVENTI SULLA BOCCA, SENZA CC	0,8953
206	7	M	MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI,CIRROSI,EPATITE ALCOLICA, SENZA CC	0,8049
227	8	C	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	0,7670
229	8	C	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	0,6011
245	8	M	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE, SENZA CC	0,7597
256	8	M	ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	0,5360
266	9	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	0,9425
295	10	M	DIABETE ETA` < 36	0,6903
311	11	C	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, SENZA CC	0,8418
315	11	C	ALTRI INTERVENTI SUL RENE E SULLE VIE URINARIE	2,1693
321	11	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA` > 17 SENZA CC	0,8488
322	11	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA` < 18	0,6997
323	11	M	CALCOLOSI URINARIA, CON CC E/O LITOTRIPSIA MEDIANTE ULTRASUONI	0,9365
332	11	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA` > 17 SENZA CC	0,7793
339	12	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETA` > 17	0,6603
340	12	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETA` < 18	0,5962
342	12	C	CIRCONCISIONE ETA` > 17	0,5543
343	12	C	CIRCONCISIONE ETA` < 18	0,3670
349	12	M	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, SENZA CC	0,7510
350	12	M	INFIAMMAZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	0,5656
359	13	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	1,0431
369	13	M	DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	0,4209
381	14	C	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	0,4484
411	17	M	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA	0,4994

SECONDO OBIETTIVO

Riduzione del tasso di ospedalizzazione

La rideterminazione dei posti letto, comunque, se da una parte soddisfa il requisito sostanziale dell'adeguamento degli stessi alla numerosità della popolazione, non incide, o incide minimamente sul numero dei dimessi e quindi sul tasso di ospedalizzazione.

Pertanto la rideterminazione dei posti letto non può e non deve essere l'unico atto a cui mirare per raggiungere gli obiettivi dichiarati in premessa.

Tale risultato potrà essere raggiunto prioritariamente attraverso la riconversione di una parte delle risorse attualmente utilizzate per i ricoveri potenzialmente inappropriati e il trasferimento alle

funzioni territoriali della quota a bassa complessità per l'indispensabile potenziamento del servizio.

PROCEDURA

Riconversione dei ricoveri Ospedalieri di Bassa Complessità, mediante l'adozione di "Nuove linee guida per la regolamentazione e l'organizzazione delle attività di assistenza sanitaria per la corretta erogazione della casistica a rischi di inappropriately"

Il vigente sistema di classificazione dei ricoveri mediante i DRG (Diagnosis Related Group) si basa sull'identificazione per codici numerici delle malattie, secondo i criteri dell'affinità clinica e dell'assorbimento medio di risorse professionali e tecnologiche. Il differente assorbimento di risorse è rappresentato dal "peso" che caratterizza ognuno dei 492 DRG.

In base al peso è possibile classificare la complessità delle prestazioni come segue:

(Tab A041)

COMPLESSITA'	PESO	Note
BASSA	<= 0.48	casistica da trattarsi preferibilmente mediante prestazioni ambulatoriali se riferita a ricoveri ordinari brevi e quelli entro soglia di utenti in età compresa tra i 15 e i 74 anni
	> 0.48 - <= 0.59	casistica da trattarsi preferibilmente mediante day hospital se riferita a ricoveri ordinari brevi e quelli entro soglia di utenti in età compresa tra i 15 e i 74 anni
	peso <= 0.59	casistica da trattarsi preferibilmente mediante residenzialità extraospedaliera quale sostituto del ricovero ordinario se riferita a ricoveri non chirurgici di utenti di età >= 65 anni con degenza breve o entro soglia, o a ricoveri medici e chirurgici di utenti di età >= 65 anni con degenza oltre la soglia
MEDIO BASSA	> 0.59 - <= 0.86	casistica da trattarsi preferibilmente mediante residenzialità extraospedaliera post acuzie quale prosecuzione del ricovero ordinario se riferita a ricoveri medici e chirurgici di utenti di età >= 65 anni con degenza oltre soglia.
MEDIA	> 0.86 - <= 1.36	casistica da trattarsi preferibilmente mediante day hospital
MEDIO ALTA	> 1.36 - <= 2.27	
ALTA	> 2.27	

Di seguito si riportano i risultati dell'analisi relativa all'anno 2005 con i dimessi potenzialmente interessati, relative degenze e posti letto che potrebbero essere liberati dai presidi ospedalieri ad un tasso di utilizzo degli stessi all'85%, nonché il Tasso di ospedalizzazione recuperabile.

(Tab A042)

Casistica da trattarsi in regime Extra Ospedaliero per utenti di età >=65 anni con degenza entro la soglia e con costi stimabili, per giornata di degenza, pari a circa ¼ delle corrispondente ospedaliera					
	Dimessi	Degenza	Dgm	PL 85%	Tasso
Regionale	3796	24428	6,44	78	11,79
Passiva	701	21293	30,38	68	2,18
Attiva	978	6919	7,07	22	3,04
Casistica da trattarsi in regime ambulatoriale se riferita a ricoveri brevi o entro la soglia di utenti in età compresa tra i 14 e i 74 anni					
Regionale	2370	5408	2,28	17	7,36
Passiva	938	1788	1,91	6	2,91
Attiva	836	1794	2,15	6	2,60

Tutto ciò sarà ottenuto mediante una rivisitazione dell'assistenza, non solo circa l'appropriatezza, ma anche in relazione alla efficienza degli interventi richiesti:

3. Promuovendo, per le prestazioni caratterizzate da bassa e bassissima complessità, attraverso lo strumento degli accordi e contratti, un sistema organizzativo che opera in modo coordinato e integrato con i servizi territoriali.:
 - a. OSPEDALE DI COMUNITA';
 - b. ospedalizzazione domiciliare;
 - c. ADI;
 - d. consulenza ai medici di medicina generale associati, ecc)
4. Promovendo un piano complessivo di residenzialità extra ospedaliera, da redigersi a carico delle singole Zone, e caratterizzato da:
 - a. realizzazione, potenziamento e/o riqualificazione delle residenze sanitarie, secondo i vari livelli di complessità e di intensità di cura;
 - b. potenziamento della capacità di filtro delle strutture poliambulatoriali territoriali, sempre al fine di garantire un più appropriato accesso al pronto soccorso. Tale ruolo dovrà essere garantito, oltre che dall'attività di coordinamento del Distretto, anche dalla attiva collaborazione con i medici di famiglia e della continuità assistenziale, il cui ruolo dovrà, quindi, essere valorizzato coerentemente con le funzioni agli stessi assegnate.
5. Riclassificazione della rete ospedaliera

INDICATORI

Determinazione posti letto con riduzione del 40% nel 2007 pari a 144 posti letto, di cui 72 entro il 30/5/2007 ulteriori 72 entro il 31/12/2007, ulteriore riduzione del 30% entro il 31/12/2008, pari a 108 posti letto, e azzeramento dei posti letto in esubero al 31/12/2009.

FONTI DI VERIFICA

- DGR n. 167 del 27/02/07 di adozione dello standard nazionale dei posti letto nel triennio 2007/2009
- Documentazione probatoria dell'avvenuta riduzione del 40% dell'eccesso di numero di posti letto effettivamente a carico del SSN rispetto allo standard: DGR entro il 30/06/07 e DGR entro il 31/12/2007 per il primo anno, DRG entro il 31/12/2008 per il secondo anno e DGR entro il 31/12/2009 per il terzo anno
- DGR n. 181 del 6/3/2007 e DGR 243 del 19/03/2007 di adozione dei tetti di spesa per i privati accreditati (ospedaliera, specialistica, riabilitativa, integrativa, e altre prestazioni) per gli anni 2007, 2008 e 2009.

Esame dei dati relativi alla serie storica dei modelli LA e CE 2001-2005, i cui valori sono, allo stato attuale, consolidati, con indicazione dell'andamento della spesa, nonché dei valori relativi al IV^ trimestre 2006, ultimo consolidato, mediante l'individuazione della relativa riduzione della spesa, con riferimento al triennio 2007/2008/2009, ed altresì esame dei dati da CE tendenziale e relativa manovra sul tendenziale come segue:

(Tab A043)

	4° Trim 2006	TETTI DI SPESA					Variazioni			
		2007	2008	2009	Triennio		2007- 2006	2008 - 2007	2009 - 2008	Triennio
ASSISTENZA										
Assist. spec. Ambulatoriale	18.931	18.552	18.181	17.817	54.550		379	371	364	1.114
Assistenza riabilitativa	29.031	26.128	24.299	22.598	73.025		2.903	1.829	1.701	6.433
Ass. Integrativa Protesica	6.404	6.276	6.150	6.027	18.453		128	126	123	377
Assistenza Ospedaliera	70.124	63.111	59.956	58.157	181.224		7.013	3.155	1.799	11.967
Altra Assistenza	6.970	6.831	6.694	6.560	20.085		139	137	134	410
TOTALE ASSISTENZA	131.460	120.898	115.280	111.159	347.337		10.562	5.618	4.121	20.301

Tendenziali			
2007	2008	2009	Triennio

Manovra sul tendenziale			
Tend 07- Tetto 07	Tend 08 - Tetto 08	Tend 09 - Tetto 09	Triennio

21.581	23.739	26.113	71.433
30.773	32.619	34.576	97.968
6.788	7.196	7.627	21.611
80.583	92.670	106.571	279.824
8.085	9.379	10.879	28.343
147.810	165.603	185.766	499.179

3.029	5.558	8.296	16.883
4.645	8.320	11.978	24.943
512	1.046	1.600	3.158
17.472	32.714	48.414	98.600
1.254	2.685	4.319	8.258
26.912	50.323	74.607	151.842

- DGR n. 111 del 9/2/2007 di recepimento del DM 12 settembre 2006 nel senso che importi tariffari superiori al DM sono ricondotti ai valori del DM 12 settembre 2006.
- DGR di revoca entro il 31/3/2007 della DGR n. 185 del 6/3/2007 di integrazione del nomenclatore tariffario per la parte tariffaria relativa alla chirurgia refrattiva, e riconduzione delle tariffe al D.M. 12/9/2006.

11.2 Classificazione delle strutture di ricovero

DESCRIZIONE

L'obiettivo consiste nel definire, preliminarmente, una classificazione di riferimento regionale delle strutture erogatrici delle prestazioni sanitarie per l'individuazione, tra l'altro, di un modello unico che consentirà di identificare e rilevare le strutture ospedaliere. Pertanto, l'individuazione dei requisiti utili ai fini delle autorizzazioni e accreditamenti delle strutture che verrà effettuata nel manuale d'uso di procedure e requisiti di cui al punto 11.3 prevederà un primo modello di classificazione che verrà, nei termini di verifica dell'obiettivo, disciplinato nel P.S.R., con specifica normativa regionale.

La riclassificazione della rete ospedaliera in funzione dell'attivazione dei dipartimenti regionali per MDC previsti dall'Atto Aziendale seguirà i seguenti criteri:

1. Correlando il numero dei posti letto alle capacità operative ed attrattiva delle equipe.
2. Promuovendo e incentivando mediante nuovi meccanismi tariffari premianti, per la quota di produzione non coerente con i parametri di appropriatezza, la riconversione, secondo i casi, o in attività ambulatoriale, o in day hospital, ovvero, in residenzialità extraospedaliera (ogni posto letto di day hospital in tal senso istituito deve corrispondere alla soppressione di almeno due posti letto ordinari su cui veniva svolta attività non appropriata).
3. Rimodulando e potenziando le capacità di filtro sia della rete dell'emergenza che dei prontosoccorsi.
4. Avviando, in forma sperimentale, il FIVE DAY HOSPITAL, consistente nella elaborazione e attuazione di protocolli clinici per il trattamento in regime di degenza ordinaria di gruppi di patologie a ciclo prefissato di 5 giorni (dal Lunedì al Venerdì) con chiusura dell'attività nelle giornate di Sabato e Domenica.

Tra i modelli organizzativi alternativi al ricovero ordinario, oltre a quelli già ampiamente sperimentati e consolidati come il day hospital e il day surgery, uno dei più interessanti è il "five days ward".

Letteralmente "five days ward" significa ricovero ordinario sviluppato su cinque giorni la settimana, dal lunedì mattina al venerdì sera (o sabato mattina) con previsione di dimissione prima della festività settimanale. Esso presuppone che il ricovero venga effettuato nei primi giorni della settimana e che le attività cliniche o chirurgiche principali vengano svolte in prossimità dell'ammissione del paziente.

Il modello organizzativo del "five days ward" rappresenta un'evoluzione del ricovero ordinario, applicabile, evidentemente, ai soli ricoveri programmati (nei ricoveri urgenti è, ovviamente, impossibile scegliere il momento del ricovero ed effettuare, almeno di regola, previsioni prognostiche fino alla conclusione dell'indagine diagnostica e all'attuazione delle terapie).

Requisito imprescindibile per l'introduzione del "ricovero breve" è la presenza di un'organizzazione a livello dipartimentale delle attività, in grado di assicurare l'eventuale ricollocazione del paziente in degenza ordinaria in caso di complicazioni, nonché un razionale impiego del personale, delle strutture e delle attrezzature.

Presupposti

La progressiva riconversione delle strutture sanitarie, così come prevista dai Decreti Legislativi n. 502 e n. 517/92, fondata sulla razionalizzazione e ottimizzazione delle risorse, porta con sé la necessità di sperimentare incessantemente nuovi modelli

organizzativi che consentano di migliorare gli standard di qualità, efficacia ed appropriatezza dei servizi erogati.

L'organizzazione dipartimentale delle attività ospedaliere ha, infatti, consentito negli ultimi anni di raggiungere elevati livelli di funzionalità e di integrazione con graduale diminuzione dei costi di esercizio. Essa ha, inoltre, favorito lo sviluppo e l'integrazione di progetti sanitari complessi (non risolvibili nell'ambito delle singole unità operative), in taluni casi allargati fino a coinvolgere strutture sanitarie territoriali o, comunque, extra-ospedaliere.

In questo senso l'introduzione del "Five Days Ward" in una simile organizzazione dovrebbe esaltare ancor di più la centralità del paziente, rispetto al quale tutte le componenti strutturali del dipartimento vengono simultaneamente coinvolte e orientate per ottenere una precoce definizione diagnostica ed un tempestivo trattamento terapeutico, con conseguente riduzione della permanenza in ospedale.

I vantaggi attesi dalla realizzazione del progetto si possono così sintetizzare:

- pronta risposta al bisogno di salute dell'utente
- partecipazione dell'utente alle scelte che lo riguardano
- armonizzazione delle esigenze di cura con quelle rivolte al reinserimento più rapido
- possibile del paziente nel proprio ambiente familiare
- riduzione del rischio di infezioni ospedaliere come effetto della riduzione dei tempi di degenza
- ottimizzazione dell'organizzazione aziendale.
- I percorsi e i flussi fondamentali vengono gestiti con maggiore efficienza a livello dipartimentale, consentendo all'utenza un accesso più fluido e programmato del percorso diagnostico e terapeutico.
- Recupero di almeno cinque turni di personale sanitario

L'ottimizzazione nella distribuzione del personale che ne consegue permette al Dipartimento di riferimento di potenziare l'attività, soprattutto ambulatoriale, sia in termini quantitativi che qualitativi, pur mantenendo invariato il numero degli operatori.

La realizzazione del progetto potrebbe avvenire senza alcun onere finanziario.

5. Potenziando, nell'attività chirurgica, la "DAY SURGERY" ovvero la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive o semi invasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, o con eventuale pernottamento (one day surgery), in anestesia locale, loco regionale o generale, con l'immediata ricaduta di un aumento della soddisfazione degli utenti, diversificazione del flusso dei pazienti chirurgici, con benefici per gli stessi e per l'ospedale, razionalizzazione dell'organizzazione ospedaliera e liberamente di risorse per i pazienti affetti da patologie più impegnative.
6. Prevedendo, da parte delle strutture ospedaliere maggiori, la creazione di 'piastre' ambulatoriali ad alta densità tecnologica finalizzate alla riduzione dei tempi di attesa oltre che al decongestionamento di tutta l'attività diagnostica interna che potrà essere maggiormente orientata alla produzione di ricovero.

Promuovendo specifiche iniziative di formazione e di sensibilizzazione dei dipendenti ai valori innovativi che caratterizzano la riorganizzazione delle reti ospedaliere, mediante l'applicazione delle LINEE GUIDA.

STRUMENTI ADOTTATI

Piano Sanitario Regionale

METODOLOGIA DI CALCOLO

La misura produrrà una economia che al momento non è puntualmente quantificabile.

INDICATORI

Configurazione prevista:

- a) ospedale ad elevata intensità clinico-assistenziale;
- b) Ospedali della rete ospedaliera locale n.3 di cui 2 strutturati come presidi con 2 stabilimenti soggetti a riclassificazione e ristrutturazione
- c) Presidi ospedalieri della rete ospedaliera privata n. 3;
- d) IRCCS, Alta specializzazione n. 2

FONTI DI VERIFICA

Provvedimento regionale di ridefinizione della rete e riclassificazione riqualificazione, ristrutturazione delle strutture di ricovero regionali entro il 31/12/07

11.3 Autorizzazione e accreditamento delle strutture di ricovero

- **Definire criteri di autorizzazione e accreditamento delle strutture di ricovero**
- **Costituzione dell'Organismo Regionale per l'accREDITamento**
- **Avviare il processo di autorizzazione e accREDITamento**

DESCRIZIONE

Definire i criteri e le procedure di autorizzazione e di accreditamento delle strutture sanitarie e ospedaliere. Tali criteri e procedure sono stati elaborati dal Comitato Regionale per l'AccREDITamento delle Strutture Sanitarie – CRASS incardinato presso la Direzione Generale V° della Regione Molise e verranno approvati con apposito manuale entro il 30 marzo 2007.

Le attività del CRASS possono di seguito così sintetizzarsi (giusto dispositivo della deliberazione di Giunta Regionale n. 102 del 9/2/2007):

- determinazione entro il 30 marzo 2007 dei requisiti utili per la riconferma degli accreditamenti provvisori a tutt'oggi in essere per le strutture sanitarie pubbliche e private (previa istanza da parte delle stesse) nei termini previsti dalla legge finanziaria per l'anno 2007;
- approvazione del manuale d'uso dei criteri e procedure per le autorizzazioni e gli accreditamenti delle diverse tipologie di strutture sanitarie, conformi alle norme ISO 9000 (il manuale contiene accanto alle diverse tipologie di requisiti previsti delle valutazioni numeriche (0, 1, 2, 3) che indicano il termine necessario di adeguamento da parte delle strutture interessate; i requisiti vengono, inoltre, suddivisi in due categorie (A e B) che corrispondono a due differenti tipologie di accreditamento: accreditamento di base (tipo A) e accreditamento di eccellenza (tipo B), relativo alla disciplina di requisiti ulteriori di qualità);

- adozione di un cronoprogramma delle attività di verifica e sopralluogo presso le strutture interessate;
- acquisizione e valutazione degli esiti delle attività della Commissione per i controlli delle Strutture Accreditate, di cui al provvedimento del direttore Generale ASREM, n. 390 del 13/07/06: “*Nomina della Commissione per i controlli delle Strutture Accreditate*” nonché eventuale ulteriore informazione utile ai fini delle attività di coordinamento del presente Organismo;
- svolgimento di ogni altra funzione strumentale necessaria all’esecuzione di quanto disposto dalla legge finanziaria 2007 e dalla deliberazione;
- adeguamento delle Linee Guida regionali in materia di autorizzazione e accreditamento delle Strutture socio-sanitarie (DGR 1722/2006) al Manuale contenente l’individuazione dei requisiti generali e specifici per l’autorizzazione e per l’accredimento delle strutture sanitarie.

Le attività del CRASS sono soggette a *report* dei lavori con cadenza quindicinale mediante sottoposizione alla Giunta Regionale di quanto effettuato. Nelle more dell’attività del suddetto Organismo la Regione Molise non darà seguito alle richieste di nuovi accreditamenti. Le istanze degli interessati, a tutt’oggi in essere, verranno istruite solo ad intervenuta approvazione dei requisiti sopra citati e, comunque, previa ricognizione puntuale delle esigenze del SSR. Al fine di evitare eventuali contenziosi in ordine ai nuovi requisiti per le autorizzazioni e gli accreditamenti che vanificherebbero la tempistica ipotizzata sono state svolte due sedute di audizioni tra l’Organismo, la Direzione Generale della ASREM , i Direttori di Zona ASREM e i rappresentanti delle strutture private a tutt’oggi autorizzate e accreditate (anche convenzionate) nonché gli ordini professionali articolati sui base provinciale.

STRUMENTI ADOTTATI

DGR n. 102 del 09/02/07 relativa alla costituzione dell’Organismo Regionale per l’Accreditamento deputato alla individuazione dei requisiti e delle procedure idonei a consentire l’approvazione del manuale entro i predetti termini del 30 marzo 2007 per l’adempimento stabilito dalla legge finanziaria per il 2007 ed, altresì, per l’approvazione dei requisiti utili ai fini, tra l’altro, dell’art. 11 e 12 della L.R. 9/05 e s. m. e i. e normativa regionale in tema di autorizzazione e accreditamento e DGR 245 del 19/03/2007.

METODOLOGIA DI CALCOLO

La misura produrrà una economia che al momento non è puntualmente quantificabile

INDICATORI

- a) Provvedimenti regionali sulle procedure di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie
- b) Manuale di autorizzazione e di accreditamento
- c) Procedure di autorizzazione e di accreditamento
- d) costituzione e regolamentazione Organismo –CRASS (si v. deliberazione di G.R. n. 102/2007)
- e) legge regionale sull’accREDITAMENTO entro il 31/12/2007
- f) applicazione procedure di autorizzazione nuove realizzazioni e revisione autorizzazioni strutture esistenti

FONTI DI VERIFICA

- a) Provvedimento regionale sui requisiti e procedure per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie (esito lavori DGR n. 102 del 09/02/07);
- b) DGR relativa al manuale di autorizzazione e accreditamento entro il 30/03/2007;
- c) DGR relativa alle procedure di autorizzazione e accreditamento entro il 30/06/2007 con adeguamento della DGR 1722/06;
- d) DGR per C.R. che propone la legge regionale, entro il 31/7/2007;
- e) Adozione L.R. entro il 31/12/2007
- f) Documentazione probatoria dell'applicazione procedure di autorizzazione nuove realizzazioni e revisione autorizzazioni strutture esistenti entro il 30/06/07.

11.4 Elaborazione Linee Guida per attività e funzionamento IRCCS, Strutture ad elevata specializzazione

DESCRIZIONE

Nel territorio molisano, è presente un unico IRCCS: IRCCS Neuromed s.r.l. di Pozzilli (IS) (con natura giuridica di IRCCS di diritto privato), riconosciuto con decreto ministeriale (da ultimo pervenuto con nota n. DGRST. 2/I. 4.d.a.1.2/23-8923/P del 29/12/06). E' presente, inoltre, un Ente di Ricerca: il Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche dell'Università Cattolica del S. Cuore di Campobasso.

STRUMENTI ADOTTATI

Mediante l'elaborazione di apposite linee guida la Regione, si impegna a regolamentare, nei limiti del rispetto dei principi fissati a livello di normativa statale, i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'attività ed il funzionamento degli IRCCS Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico propri di tali istituti, ed i "munera" propri di tali enti (afferenti la ricerca scientifica e biomedica e l'assistenza sanitaria) che, ai sensi dell'art. 117 C. rientrano nell'ambito della cd. "legislazione concorrente" Stato-Regioni.

Entro il 31/12/07 con il completamento dell'iter procedimentale finalizzato all'adozione del PSR da parte del Consiglio Regionale.

MEDOLOGIA DI CALCOLO

La misura produrrà una economia che al momento non è puntualmente quantificabile.

INDICATORI

Provvedimenti regionali sul sistema di autorizzazione, accreditamento e funzionamento dell'IRCCS, Ente di Ricerca, strutture ad elevata specializzazione In tal senso, si veda quanto esplicitato al punto 11.3.

Deliberazione di Giunta Regionale di approvazione di linee guida per le su citate strutture.

FONTI DI VERIFICA

Deliberazione di Giunta Regionale sul sistema di autorizzazione, accreditamento e funzionamento dell'IRCCS, Ente di Ricerca, strutture ad elevata specializzazione entro il 30/6/2007

Deliberazione di Giunta Regionale per l'approvazione di linee guida entro il 31/12/07.

12 Riduzione tasso di ospedalizzazione

La rideterminazione dei posti letto, comunque, se da una parte soddisfa il requisito sostanziale dell'adeguamento degli stessi alla numerosità della popolazione, non incide, o incide minimamente sul numero dei dimessi e quindi sul tasso di ospedalizzazione.

Pertanto la rideterminazione dei posti letto non può e non deve essere l'unico atto a cui mirare per raggiungere gli obiettivi dichiarati in premessa.

Tale risultato potrà essere raggiunto prioritariamente attraverso la riconversione di una parte delle risorse attualmente utilizzate per i ricoveri potenzialmente inappropriati e il trasferimento alle funzioni territoriali della quota a bassa complessità per l'indispensabile potenziamento del servizio.

12.1 Abbattimento di 20 punti dell'attuale tasso di ricovero (251 x mille)

DESCRIZIONE

Obiettivo da fissare nella legge finanziaria regionale per il 2007-2008-2009, negli obiettivi 2007-2008-2009 del Direttore Generale della ASREM e nei nuovi contratti negoziali con le strutture private

STRUMENTI ADOTTATI

Riduzione del tasso di ospedalizzazione in base alla seguente procedura:

riconversione dei ricoveri Ospedalieri di Bassa Complessità, mediante l'adozione di "Nuove linee guida per la regolamentazione e l'organizzazione delle attività di assistenza sanitaria per la corretta erogazione della casistica a rischi di inappropriatezza"

Il vigente sistema di classificazione dei ricoveri mediante i DRG (Diagnosis Related Group) si basa sull'identificazione per codici numerici delle malattie, secondo i criteri dell'affinità clinica e dell'assorbimento medio di risorse professionali e tecnologiche. Il differente assorbimento di risorse è rappresentato dal "peso" che caratterizza ognuno dei 492 DRG.

METODOLOGIA DI CALCOLO

In base al peso è possibile classificare la complessità delle prestazioni come segue:

(Tab A044)

COMPLESSITA'	PESO	Note
BASSA	<= 0.48	casistica da trattarsi preferibilmente mediante prestazioni ambulatoriali se riferita a ricoveri ordinari brevi e quelli entro soglia di utenti in età compresa tra i 15 e i 74 anni
	> 0.48 - <= 0.59	casistica da trattarsi preferibilmente mediante day hospital se riferita a ricoveri ordinari brevi e quelli entro soglia di utenti in età compresa tra i 15 e i 74 anni
	peso <= 0.59	casistica da trattarsi preferibilmente mediante residenzialità extraospedaliera quale sostituto del ricovero ordinario se riferita a ricoveri non chirurgici di utenti di età >= 65 anni con degenza breve o entro soglia, o a ricoveri medici e chirurgici di utenti di età >= 65 anni con degenza oltre la soglia
MEDIO BASSA	> 0.59 - <= 0.86	casistica da trattarsi preferibilmente mediante residenzialità extraospedaliera post acuzie quale prosecuzione del ricovero ordinario se riferita a ricoveri medici e chirurgici di utenti di età >= 65 anni con degenza oltre soglia.
MEDIA	> 0.86 - <= 1.36	casistica da trattarsi preferibilmente mediante day hospital
MEDIO ALTA	> 1.36 - <= 2.27	
ALTA	> 2.27	

Di seguito si riportano i risultati dell'analisi relativa all'anno 2005 con i dimessi potenzialmente interessati, relative degenze e posti letto che potrebbero essere liberati dai presidi ospedalieri ad un tasso di utilizzo degli stessi all'85%, nonché il Tasso di ospedalizzazione recuperabile.

(Tab A045)

Casistica da trattarsi in regime Extra Ospedaliero per utenti di età >=65 anni con degenza entro la soglia e con costi stimabili, per giornata di degenza, pari a circa ¼ delle corrispondente ospedaliera					
	Dimessi	Degenza	Dgm	PL 85%	Tasso
Regionale	3796	24428	6,44	78	11,79
Passiva	701	21293	30,38	68	2,18
Attiva	978	6919	7,07	22	3,04
Casistica da trattarsi in regime ambulatoriale se riferita a ricoveri brevi o entro la soglia di utenti in età compresa tra i 14 e i 74 anni					
Regionale	2370	5408	2,28	17	7,36
Passiva	938	1788	1,91	6	2,91
Attiva	836	1794	2,15	6	2,60

Tutto ciò sarà ottenuto mediante una rivisitazione dell'assistenza, non solo circa l'appropriatezza, ma anche in relazione alla efficienza degli interventi richiesti:

- Promuovendo, per le prestazioni caratterizzate da bassa e bassissima complessità, attraverso lo strumento degli accordi e contratti, un sistema organizzativo che opera in modo coordinato e integrato con i servizi territoriali.:

- a. OSPEDALE DI COMUNITA';
 - b. ospedalizzazione domiciliare;
 - c. ADI;
 - d. consulenza ai medici di medicina generale associati, ecc)
7. Promovendo un piano complessivo di residenzialità extra ospedaliera, da redigersi a carico delle singole Zone, e caratterizzato da:
- a. realizzazione, potenziamento e/o riqualificazione delle residenze sanitarie, secondo i vari livelli di complessità e di intensità di cura;
 - b. potenziamento della capacità di filtro delle strutture poliambulatoriali territoriali, sempre al fine di garantire un più appropriato accesso al pronto soccorso. Tale ruolo dovrà essere garantito, oltre che dall'attività di coordinamento del Distretto, anche dalla attiva collaborazione con i medici di famiglia e della continuità assistenziale, il cui ruolo dovrà, quindi, essere valorizzato coerentemente con le funzioni agli stessi assegnate.

8. Riclassificazione della rete ospedaliera

La misura produrrà una economia che al momento non è puntualmente quantificabile.

INDICATORI

Portare il tasso di ospedalizzazione nel 2007 a 230 punti, nel 2008 a 210, nel 2009 a 180

FONTI DI VERIFICA

- DGR per il triennio 2007, 2008, 2009 entro il 30/4/2007
- Documentazione probatoria relativa all'anno in esame entro il 31/7/2008. Tasso di ospedalizzazione desunto dalle SDO del 2007 (atteso che la comunicazione dei dati riferibili alla mobilità passiva è di norma comunicata solo entro il mese di giugno dell'anno successivo a quello di riferimento)
- Documentazione probatoria relativa all'anno in esame entro il 31/7/2009. Tasso di ospedalizzazione desunto dalle SDO del 2008 (atteso che la comunicazione dei dati riferibili alla mobilità passiva è di norma comunicata solo entro il mese di giugno dell'anno successivo a quello di riferimento)
- Documentazione probatoria relativa all'anno in esame entro il 31/7/2010. Tasso di ospedalizzazione desunto dalle SDO del 2009 (atteso che la comunicazione dei dati riferibili alla mobilità passiva è di norma comunicata solo entro il mese di giugno dell'anno successivo a quello di riferimento)

12.2

Contenimento della domanda di ricovero ospedaliero

- **Potenziamento del sistema delle cure intermedie e delle cure domiciliari.**

DESCRIZIONE

Integrazione Socio-Sanitaria

Il Dlgs n. 229/99 recante “Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale”, della emanazione della legge n. 328/2000 recante “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”, nonché del DPCM del 14.2.2001 recante “Atto d’indirizzo e coordinamento sull’integrazione socio-sanitaria” e dell’ Intesa Stato Regioni del 22 novembre sui LEA sanitaria, hanno definito i contenuti, i percorsi e le metodologie, circa le prestazioni di carattere socio-sanitario avviando un percorso di ridefinizione degli assetti organizzativi territoriali e fornito un quadro normativo più completo ai fini della pianificazione e riorganizzazione degli interventi a carattere sociale, sanitario e socio-sanitario

Ai sensi dell’ art. 3-quater DLgs. 229/99, il distretto è il contesto territoriale dove si realizza il Programma delle Attività Territoriali (PAT) e in esso sono assicurati i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel programma delle attività territoriali.

A loro volta i Comuni, cui il DLgs. 229/99 già attribuiva un significativo ruolo nella programmazione socio-sanitaria territoriale, dalla legge 328/00 sono stati definiti come attori principali del ridisegno del sistema integrato territoriale dei servizi sociali.

L’Integrazione Socio-Sanitaria è attuata attraverso

- una concreta integrazione e sinergia tra il sistema dei servizi sociali e sanitari,
- il potenziamento delle politiche sociali dei Comuni attraverso la realizzazione delle indicazioni della legge 328/00,
- la promozione nell’ASREM di una riconversione graduale della spesa a favore della Sanità Territoriale (in particolare nelle aree sociosanitarie ad elevata integrazione degli anziani, disabili, salute mentale, ecc).

Tale percorso è necessario anche a causa di una molteplicità di fattori (progressivo invecchiamento della popolazione ed aumento della cronicità, maggiore diffusione del disagio, aumento delle disuguaglianze sociali ed economiche, maggiore attesa di benessere, ecc.), che determinano un massiccio aumento della domanda di prestazioni socio-sanitarie.

Diventa allora di primaria importanza un riequilibrio della spesa a favore delle aree socio-sanitarie ed una maggiore integrazione tra il sistema dei servizi sanitari ed il sistema dei servizi sociali.

L’integrazione socio-sanitaria garantisce una ricaduta positiva anche nell’ambito della sanità, in termini sia di uguaglianza e appropriatezza delle risposte che di economicità. Il potenziale valore aggiunto dell’integrazione con il sistema sociale, infatti, consente l’implementazione della rete integrata di servizi evitando il ricorso suppletivo a funzioni improprie.

L’Integrazione Socio-Sanitaria è pertanto una opzione strategica, sia da un punto di vista istituzionale che gestionale e professionale, in quanto la sola in grado di promuovere risposte unitarie a bisogni complessi del cittadino, che non possono essere adeguatamente affrontati da sistemi di risposte separate sanitarie e sociali.

Cure domiciliari

Sono quelle prestazioni sociosanitarie nelle quali “la componente sanitaria e sociale non risultano operativamente distinguibili” e per le quali l’entità del finanziamento è attribuita percentualmente alla competenza delle ASREM e Comuni (DPCM 14.02.01 e DPCM 29.11.01).

Si articolano in:

1. prestazioni domiciliari
2. prestazioni semiresidenziali
3. prestazioni residenziali

Gli interventi sociosanitari che prevedono una compartecipazione alla spesa, in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale, sono di competenza congiunta dell'ASREM e dei Comuni.

L'allegato 1.C del DPCM del 29.11.01, così definisce le otto prestazioni oggetto di compartecipazione:

1. Assistenza Domiciliare:
 - a. *Assistenza programmata a domicilio (ADI e ADP)* – Prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona;
2. Assistenza semiresidenziale:
 - a. *attività sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali* – Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi;
 - b. *attività sanitaria e sociosanitaria a favore di anziani* – Prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per anziani non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi gli interventi di sollievo;
3. Assistenza residenziale:
 - a. *attività sanitaria e sociosanitaria a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie* - prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale;
 - b. *attività sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici o sensoriali* – prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili gravi;
 - c. *attività sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici o sensoriali* - prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili privi del sostegno familiare;
 - d. *attività sanitaria e sociosanitaria a favore di anziani* – prestazioni terapeutiche di recupero e mantenimento funzionale per non autosufficienti in regime residenziale, ivi compresi interventi di sollievo;
 - e. *attività sanitaria e sociosanitaria a favore di persone affette da AIDS* cura, riabilitazione e trattamenti farmacologici nelle fasi di lungoassistenza in regime residenziale a favore di persone affette da AIDS.

STRUMENTI ODOTTATI

La programmazione in materia socio-sanitaria trova la sua disciplina nazionale nel D.Lgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, nella L. 328/00, nei DPCM 14.2.2001 e 29.11.2001.

Ai sensi dell' art. 3-quater DLgs. 229/99, il distretto è il contesto territoriale dove si realizza il Programma delle Attività Territoriali (PAT) e in esso sono assicurati i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel programma delle attività territoriali.

In particolare il comma 3 del suddetto articolo precisa che il PAT:

1. prevede la localizzazione dei servizi a gestione diretta;
2. determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'art 3-septiers del Dlgs. 229/99 e le quote rispettivamente a carico dell'unità sanitaria locale e dei comuni;
3. è proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal direttore di distretto, ed è approvato dal direttore generale sentito il parere del Comitato dei sindaci per la parte sanitaria e "di intesa" con tale Comitato per la parte socio-sanitaria.

Ai sensi delle "Linee guida per la stesura dei Piani Sociali di Zona in Molise", approvate con delibera di Giunta regionale n. 251 del 12 novembre 2004, l'ambito territoriale è il luogo dove si progettano e gestiscono le politiche sociali e socio-sanitarie. Esso è coincidente o è multiplo del

distretti, proprio al fine di realizzare uno spazio unitario di confronto, programmazione e, laddove possibile, gestione integrata dei servizi e degli interventi socio-sanitari.

I Piani Sociali di Zona sono lo strumento attraverso il quale gli Enti locali associati con il concorso dell'ASREM disegnano il sistema integrato di interventi e servizi sociali con indicazione degli obiettivi strategici, dell'assetto organizzativo, delle risorse e del personale da utilizzare, delle modalità di monitoraggio e valutazione.

Al fine di consentire una programmazione condivisa, partecipata, unitaria e coerente in relazione ai bisogni socio-sanitari del territorio, l'ASREM ed i Comuni operano per raccordare la loro azione programmatica, in particolare per gli aspetti socio-sanitari del Piano Sociale di Zona con gli aspetti socio-sanitari del Programma delle Attività Territoriali del distretto (PAT) e del Piano Attuativo Locale.

Il Programma delle Attività Territoriali è il piano di salute distrettuale in cui sono definiti i bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria necessari per affrontarli. Allo stesso tempo il Piano Sociale di Zona è lo strumento per definire le strategie di risposta ai bisogni sociali e socio-sanitari. È pertanto necessario che i due strumenti siano gestiti all'interno di un'unica strategia programmatica, attuata in modo collaborativo tra azienda sanitaria ed enti locali, finalizzata alla promozione e alla tutela della salute delle persone e delle famiglie".

Tale strategia dovrà prevedere, anche ai fini della compartecipazione alla spesa per alcune prestazioni socio-sanitarie ai sensi del DPCM 14.02.01 e del DPCM 29/11/2001 :

- La esatta descrizione dei servizi e delle strutture presenti sul territorio distrettuale, nonché la eventuale loro implementazione
- La previsione di nuovi servizi e strutture derivanti dall'analisi del bisogno effettuata sul territorio
- La localizzazione dei servizi, la descrizione degli obiettivi e la tipologia di personale impegnato e da impegnare negli stessi
- La previsione di spesa e le quote di partecipazione alla spesa dei servizi di competenza dell'azienda, raccordata con quelle di competenza dei comuni
- La collaborazione con i soggetti del volontariato e del terzo settore secondo la vigente normativa nazionale e regionale
- Modalità e procedure per la esternalizzazione dei servizi ai privati secondo le normative vigenti nazionali e regionali.

I livelli di integrazione tra Comuni e ASREM

L'integrazione socio-sanitaria può essere realizzata in riferimento a tre livelli principali:

1. integrazione istituzionale: il processo prevede la definizione di intese (protocolli); inizialmente formalizzate tra il Comuni capofila e l'ASREM e, nella fase attuale, in progressiva estensione ai Comuni dell'Ambito;
2. integrazione gestionale: prevede convenzioni operative, configurazioni organizzative e strumenti di coordinamento di strutture, servizi e prestazioni (es. Ufficio di Piano, Unità Valutativa Distrettuale, Coordinamento d'Ambito-handicap ...);
3. integrazione professionale: definizione di linee guida operative e processi organizzativi finalizzati a coordinare il lavoro degli operatori. Nei gruppi di lavoro finalizzati al PdZ l'integrazione è operativa nelle aree d'intervento previste dalla L. 328/00 (Dipendenze, Immigrati Anziani, Disabili, Minori, Povertà, Responsabilità familiari).

L'integrazione istituzionale e l'adeguamento degli assetti organizzativi dei Comuni e dell'ASREM

L'integrazione *istituzionale* nasce dalla necessità di promuovere collaborazione tra istituzioni diverse (aziende sanitarie, amministrazioni comunali, ecc.) che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute e sperimentare o consolidare gestioni integrate dei servizi sociali, per ragioni di efficacia, efficienza, economicità e qualità.

L'integrazione socio-sanitaria richiede anche un adeguamento degli assetti organizzativi da parte sia dell'ASREM che dei Comuni, tanto a livello centrale che zonale.

Per quanto riguarda l'ASREM, a livello centrale, è stata, in particolare, individuata una funzione strategica di Coordinamento socio-sanitario, in grado di determinare un livello di integrazione funzionale tra:

- le diverse aree socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria
- le aree socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria ed i servizi centrali dell'azienda, da una parte, le zone, dall'altra
- l'azienda e i Comuni, in particolare all'interno del Coordinamento istituzionale e dell'Ufficio di piano
- le attività socio-sanitarie di competenza dell'ASREM e quelle di competenza dell'Ente Locale.

Per la complessità delle funzioni previste, la funzione di Coordinatore dei Servizi Socio-Sanitari, in staff alla Direzione Generale, svolge le seguenti funzioni:

1. aggrega funzionalmente tutte le unità assistenziali socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, individuate dal D. Lgs 229/99, dal DPCM 14.02.01 e dal DPCM 29.11.01, e costituenti nel loro insieme l'Area Socio-Sanitaria ad Elevata Integrazione Sanitaria (materno-infantile, anziani, disabili fisici, psichici e sensoriali, salute mentale, dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezione da HIV, patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative, assistenza ai detenuti affetti da dipendenza o disturbi mentali). Ciò anche al fine di promuovere una integrazione operativa tra le stesse, una cultura e una metodologia del lavoro integrata, più rispondente a bisogni complessi, che raramente possono trovare risposte esaustive nella programmazione di un'unica area centrale o nelle risposte di una unica Unità Operativa territoriale;
2. partecipa alla formulazione dei protocolli relativi alla "dimissione socio-sanitaria protetta" e sovrintendere a quelli relativi all'ADI;
3. svolge funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento delle attività socio-sanitarie ad elevata integrazione (con particolare riferimento ai LEA socio-sanitari) e delle attività socio-sanitarie in favore di immigrati e senza fissa dimora;
4. promuove e concorre, in collaborazione con le zone e gli enti locali, all'analisi dei bisogni socio-sanitari (e, in particolare, delle disuguaglianze sociali nell'accesso ai servizi), al monitoraggio delle attività socio-sanitarie, alla costruzione di un Sistema Informativo Socio-Sanitario Integrato secondo le indicazioni del PSN 1998-00 e del Piano Sociale Nazionale 2001-2003;
5. cura in particolare il livello organizzativo, gestionale ed operativo della integrazione socio-sanitaria territoriale, avvalendosi degli Uffici Socio-Sanitari zonali, che indirizza in un'ottica funzionale;
6. partecipa ai lavori dell'Ufficio del Piano Sociale di Zona.

Analogamente, per le funzioni di gestione dell'integrazione socio-sanitaria previste a livello zonale, anche le direzioni di zona sono dotate di Uffici Socio-Sanitari.

L'Ufficio Socio-Sanitario zonale deve pertanto svolgere una funzione di back-office con compiti specifici relativi all'integrazione socio-sanitaria, in funzione di staff per il Direttore di zona e in raccordo funzionale col Coordinatore dei Servizi Socio-Sanitari, del quale rappresenta la

proiezione al livello locale e col quale è in costante rapporto di feed-back per tutti gli aspetti relativi alle attività sociosanitarie integrate.

Detto ufficio, svolge, a supporto del Direttore di zona, funzioni di:

- programmazione territoriale integrata (collabora, per gli aspetti relativi all'integrazione sociosanitaria, con la Direzione zonale alla elaborazione del Programma delle Attività Territoriali, del Piano Sociale di Zona e dei Patti Distrettuali per la Salute);
- analisi dei bisogni e delle risorse, monitoraggio, verifica e valutazione dei programmi e delle attività sociosanitarie integrate zonali;
- coordinamento e raccordo, in particolare tra i servizi sociosanitari ad elevata integrazione sanitaria della zona e tra questi e i servizi sociali territoriali.

In termini programmatici e organizzativi gli ospedali rappresentano uno degli snodi problematici da disciplinare per l'integrazione socio-sanitaria, in quanto spesso accolgono domande di assistenza suppletive di adeguati interventi sanitari e sociali territoriali, o rese emergenziali o cronicizzate per un mancato orientamento da parte della rete dei servizi sanitari territoriali, o, infine, perché dimettono precocemente pazienti, senza dovuto raccordo con i servizi territoriali.

E' previsto un collegamento organico (informatico, cartaceo, operativo) tra gli ospedali e la rete dei servizi sociosanitari territoriali), anche attraverso l'istituzione del protocollo della "dimissione socio-sanitaria protetta"; allorché un paziente con determinate caratteristiche viene dimesso dall'ospedale vi è la necessità della preparazione congiunta tra ospedale e rete dei servizi territoriali di un piano personalizzato congiunto di assistenza territoriale.

L'integrazione gestionale

L'integrazione gestionale si colloca a livello territoriale e di struttura operativa, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni.

Sul piano gestionale sono in atto gli approcci multidimensionali e le modalità operative basate sulla metodologia del lavoro per progetti.

La recente legislazione sociale e sanitaria insiste molto sulla necessità della elaborazione di progetti assistenziali integrati e personalizzati, elaborati a livello zonale e fondati sulla valutazione multi-dimensionale e multi-disciplinare del bisogno complesso, sul concorso di più apporti professionali sociali e sanitari e sulla valutazione periodica dei risultati.

La tendenza alla parcellizzazione e separazione degli interventi e alla rigida delimitazione delle competenze sociali e sanitarie è concretamente invertita attraverso :

- l'istituzione di organismi integrati ASREM-Enti Locali e la predisposizione di "meccanismi di coordinamento", che vengano automaticamente attivati ogni qual volta una domanda di prestazione pervenga ad uno qualsiasi dei punti di accesso della rete dei servizi sociali e sanitari e attivino una valutazione multidimensionale del bisogno complesso (quali Porte Uniche di Accesso², Unità di Valutazione Integrate a livello zonale per la elaborazione/attuazione/verifica dei piani personalizzati, Uffici Integrati zonali di ricerca e analisi dei bisogni, monitoraggio ed elaborazione dei flussi informativi, valutazione e verifica della programmazione sociale e sanitaria distrettuale);
- la programmazione di servizi sociali e sanitari strutturalmente fondati sulla "presa in carico" complessiva e non sulla risposta passiva, "assistenzialistica", alla prestazione richiesta.

La necessità di una programmazione congiunta dei servizi e di una ripartizione dei costi degli stessi per la parte di integrazione socio-sanitaria, ha reso necessario l'utilizzo di parametri condivisi per la programmazione sanitaria e sociale dei servizi sui seguenti elementi regolativi:

ELEMENTI DEL PROCESSO DECISIONALE

1. Modalità di decisione sui livelli integrati: livelli di competenza decisionale e modalità di progettazione in merito alla quantità di servizi, alla tipologia di utenti, alla allocazione di risorse, alla localizzazione delle strutture di offerta
2. Autonomia decisionale in caso di dissenso sulla programmazione dei servizi
3. Modalità di controllo incrociato sociale/sanitario sulle decisioni programmatiche in materia di servizi integrati

ELEMENTI DI REGOLAZIONE DEL SISTEMA DI EROGAZIONE

- Definizione dei criteri accesso ai servizi
- Strumenti di valutazione integrati
- Modalità di erogazione dei servizi

DIMENSIONAMENTO DEI SERVIZI

- Differenziazione dei servizi di erogazione secondo le effettive necessità di intervento sanitario e sociale presentate dagli utenti
- Orientamento alla domiciliarizzazione dei servizi
- Politiche di rinforzo della rete familiare

ACCREDITAMENTO

- Definizione degli standard
- Modalità di regolazione del sistema di erogazione
- Livello di governo del sistema

L'implementazione di tale sistema è necessario in particolare per i servizi e gli interventi socio-sanitari per i quali è prevista la compartecipazione alla spesa tra SSN ed Enti Locali.

METODOLOGIA

Integrazione socio-sanitaria

Il DLgs 229/99 e il DPCM 14.02.2001 definiscono prestazioni socio-sanitarie “tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione”. Esse comprendono :

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale : sono tutte le attività, finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione rimozione e contenimento degli esiti degenerativi e invalidanti di patologie congenite e acquisite (DLgs 229/99, art. 3 septies, comma 2, lettera a). Esse sono di competenza dell'ASREM e a carico delle stesse, inserite in progetti personalizzati di durata medio-lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali (art. 3 DPCM 14.02.2001) ;

- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria : sono tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività, di competenza dei Comuni, sono inserite in progetti personalizzati di durata non limitata, sono erogati nelle fasi estensive e di

lungoassistenza e sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai Comuni stessi (DPCM 14.02.2001, art. 3, comma 2).

- prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria : rientrano nei livelli essenziali di assistenza e sono poste a carico del fondo sanitario nazionale. Esse sono caratterizzate “dalla inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell’ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell’impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell’assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell’assistenza”. (DPCM 14.02.2001, art 3, comma 3.) e possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell’ambito di strutture residenziali e semiresidenziali.

Attengono prevalentemente alle aree:

1. materno infantile
2. anziani
3. handicap
4. patologie psichiatriche
5. dipendenza da droga, alcool e farmaci
6. patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale
7. inabilità o disabilità, conseguenti da patologie croniche degenerative.

La programmazione degli interventi socio-sanitari erogati dall’ASREM s’incardina prioritariamente sulle *aree socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria*.

Il Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003, e di conseguenza il “Piano socio-assistenziale regionale 2004-2006”, a loro volta individuano, anche ai fini del riparto del Fondo Sociale Nazionale, le seguenti macro-aree prioritarie di intervento :

1. responsabilità familiari
2. diritti dei minori
3. persone anziane
4. contrasto della povertà
5. disabili (in particolare i disabili gravi)
6. droghe

Poiché le aree prioritarie di intervento del sistema dei servizi sociali, riferendosi alla complessità del bisogno e degli obiettivi sociali, comprendono una più complessiva articolazione di interventi, non è sempre possibile una loro perfetta corrispondenza con le aree del sistema sanitario.

Per quanto concerne invece le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, un utile riferimento è costituito dall’art. 3, comma 2, del DPCM 14.02.01, che include :

- a) gli interventi di sostegno e promozione a favore dell’infanzia, dell’adolescenza e delle responsabilità familiari;
- b) gli interventi per contrastare la povertà nei riguardi dei cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali o sociali;
- c) gli interventi di sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l’autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti;
- d) gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazioni dell’autonomia, non assistibili a domicilio;
- e) gli interventi, anche di natura economica, atti a favorire l’inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità o patologia psicofisica o da dipendenza, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di diritto al lavoro dei disabili;
- f) ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i livelli essenziali di assistenza secondo la legislazione vigente

Un ulteriore riferimento per la programmazione socio-sanitaria dei Piani Sociali di Zona è dato dallo stesso paragrafo del piano sociale nazionale sul livello essenziale delle prestazioni sociali in cui è riportata una griglia sulle tipologie di servizi e prestazioni che devono essere programmate e realizzate per rispondere alle esigenze proprie delle aree di bisogno:

- servizio sociale professionale e segretariato sociale
- servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari
- assistenza domiciliare
- strutture residenziali e semi residenziali per soggetti con fragilità sociali
- centro di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario

Cure domiciliari

La organizzazione di servizi congiuntamente gestiti e finanziati da Comuni e ASREM, necessita di precise e concordate modalità di accesso ai servizi, identificando le dimensioni ritenute rilevanti (patologia, età, reddito, situazione familiare, altro) e, congiuntamente, la composizione e le modalità operative di un organismo misto di valutazione.

L'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.). si qualifica come strumento per la valutazione multidimensionale e multidisciplinare di situazioni di bisogno socio-sanitario complesso, e per la predisposizione e proposta all'utente del progetto assistenziale.

L'U.V.I., ponendosi in una logica di presa in carico globale ed integrata, ha il compito di:

- effettuare una “diagnosi” del bisogno socio-sanitario complesso, a partire dalla domanda espressa dall'utente e dalla sua famiglia (il “sintomo” portato);
- utilizzare le proprie competenze per una valutazione complessiva e tecnica dei bisogni dell'utente;
- individuare, all'interno della rete, il servizio o i servizi più idonei a soddisfare i bisogni rilevati;
- modulare sul singolo caso l'offerta di servizi a seconda dell'evoluzione del bisogno.

Prestazioni la cui richiesta comporta il ricorso all'U.V.I.

- Dimissioni protette
- Richieste di A.D.I.
- Richiesta di:
 - Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi (fisici, psichici e sensoriali);
 - Prestazioni terapeutiche, di recupero e di mantenimento funzionale delle abilità per anziani e persone non autosufficienti in regime semiresidenziale
 - Prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie
 - Prestazioni terapeutiche, di recupero e di mantenimento funzionale delle abilità in regime residenziale per anziani e persone non autosufficienti
 - Prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili gravi e disabili privi di sostegno familiare
 - Prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di lungoassistenza in regime residenziale per persone affette da patologie da HIV
 - Altre tipologie di bisogno socio-sanitario complesso (inserimento sociale e lavorativo di soggetti psichiatrici, disabili, minori, ecc)

L'integrazione professionale

Per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni, è promossa la erogazione dei servizi attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro

integrato personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti (DPCM 14.02.2001, art 4, comma 3).

Le prestazioni socio-sanitarie, infatti, si caratterizzano per la natura e la complessità dei bisogni a cui si rivolgono e si fondano su un approccio unitario ai problemi, basato sul concorso di approcci professionali :

1. prettamente sanitari (medico, infermieristico, riabilitativo, ecc.)
2. di servizio sociale professionale (assistente sociale, psicologo, educatore ecc.)
3. di prestazioni socio-assistenziali

Il processo di presa in carico globale, che si attiva a seguito dell'accesso e della valutazione integrata, consta pertanto delle seguenti procedure:

1. definizione della natura del bisogno, in termini multidimensionali, di salute, autonomia del soggetto, capacità di relazione, individuando la rimozione del danno attraverso azioni di prevenzione cura e riabilitazione;
2. definizione di un progetto personalizzato, con l'indicazione degli interventi e dei servizi da attivare e distribuzione dei compiti tra il personale, secondo un approccio multidisciplinare;
3. verifica e valutazione delle attività.

Il progetto personalizzato si fonda sulla:

1. condivisione di obiettivi comuni;
2. individuazione di responsabilità chiare;
3. definizione di risorse umane e finanziarie.

INDICATORI

Linee guida regionali

N. totali casi trattati in A.D. per anno

N.. Totale ricoveri ordinari per anno

N. totale giornate degenza per anno

N. totale distretti sanitari che applicano le nuove linee guida/ n.tot distretti sanitario regionali

FONTI DI VERIFICA

DGR linee guida "Sistema cure domiciliari" entro il 30/5/2007

Provvedimenti ASREM attuativi entro il 30/6/2007

Report annuale SISR 2008-2009

Report annuale ASREM sulle cure domiciliari 2008-2009

- **Costituzione dell'Osservatorio sull'appropriatezza in Medicina Generale a livello regionale**

DESCRIZIONE

Al fine di armonizzare le attività orientate ad assicurare una maggiore appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse si prevede la costituzione dell'Osservatorio Regionale sull'appropriatezza in Medicina Generale.

STRUMENTI ADOTTATI

Elaborazione di indirizzi generali relativi all'individuazione degli strumenti, delle metodologie e degli indicatori per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza;

Valutazione di proposte per l'appropriatezza, loro monitoraggio e divulgazione delle esperienze più significative;

Orientamento delle attività svolte dalle Commissioni distrettuali;

Elaborazione di linee guida per assicurare l'appropriatezza delle risorse messe a disposizione per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza;

METODOLOGIA DI CALCOLO

La norma produrrà un'economia che al momento non è puntualmente quantificabile

INDICATORI

Tasso di ospedalizzazione della popolazione molisana in progressiva riduzione.

FONTI DI VERIFICA

Adozione di DGR di costituzione dell'Osservatorio Regionale sull'Appropriatezza in Medicina Generale entro il 30/4/2007.

- **Inserimento nel contratto integrativo regionale di misure atte a condividere il ricorso all'utilizzo di regimi assistenziali alternativi al ricovero ospedaliero.**

DESCRIZIONE

Essendo i medici di medicina generale i maggiori prescrittori di prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale, in sede di Accordo Decentrato Regionale è stata prevista la partecipazione degli stessi a progetti di prestazioni di eccellenza, progetti di prevenzione, progetti finalizzati al contenimento della spesa prescrittiva (farmaceutica e specialistica), nonché a progetti che individuino strategie alternative al ricovero ospedaliero, attingendo dalle quote capitarie di ponderazione e regionale provvisoria, di cui all'art. 59, lettera A, comma 7, e lettera B, commi 15, 16, 17 del vigente A.C.N. 23/03/2005, subordinandone l'erogazione all'effettiva partecipazione.

STRUMENTI ADOTTATI

Costituzione di specifica sottocommissione nell'ambito del Comitato Permanente Regionale della Medicina Generale per l'individuazione di strategie alternative al ricovero ospedaliero che prevedano la partecipazione dei medici alla sperimentazione di sistemi organizzativi territoriali;

Elaborazione di specifici progetti-obiettivo regionali in materia e previsione di un sistema disincentivante in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi;

METODOLOGIA DI CALCOLO

La norma produrrà un'economia che al momento non è puntualmente quantificabile

INDICATORI

Tasso di ospedalizzazione della popolazione molisana in progressiva riduzione.

FONTI DI VERIFICA

DGR n. 173 del 27/2/2007 ad oggetto: *“Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell’art. 8 del d. lgs. n° 502 del 1992 e succ. modd. ed integrazioni: definizione accordo decentrato regionale.”*

- **Diffusione su tutto il territorio regionale del processo di budget di attività per il sistema delle cure primarie.**

DESCRIZIONE

Il processo di riduzione del tasso di ospedalizzazione della popolazione passa anche attraverso un riequilibrio dell’allocazione delle risorse del F.S.R. a favore del livello distrettuale territoriale, con la specifica previsione nell’atto di organizzazione dell’azienda sanitaria regionale della diffusione, tra gli strumenti di bilancio a disposizione dell’A.S.Re.M., del budget di distretto dettagliato per attività, attraverso cui prevedere in particolare l’assegnazione di adeguate risorse finanziarie al sistema delle cure primarie.

STRUMENTI ADOTTATI

Predisposizione nel budget di distretto del processo di budget di attività per il sistema delle cure primarie;

Previsione nell’atto aziendale della diffusione del processo di budget di attività per il sistema delle cure primarie a livello distrettuale territoriale;

Report semestrali sui ricoveri ospedalieri per singolo MMG e PLS;

METODOLOGIA DI CALCOLO

La norma produrrà un’economia che al momento non è puntualmente quantificabile

INDICATORI

Tasso di ospedalizzazione della popolazione molisana in progressiva riduzione.

FONTI DI VERIFICA

Documentazione probatoria ASREM sugli obiettivi di budget per il sistema delle cure primarie e report semestrale sui ricovero ospedalieri per singolo MMG e PLS

12.3 Messa a regime del piano annuale delle prestazioni ospedaliere

DESCRIZIONE

Inserimento del piano delle attività ospedaliere nei processi di budget 2007, 2008, 2009.

STRUMENTI ADOTTATI

DGR n. 181 del 6/3/2007 e DGR 243 del 19/03/2007 di adozione dei tetti di spesa per i privati accreditati (ospedaliera, specialistica, riabilitativa, integrativa, e altre prestazioni) per gli anni 2007, 2008 e 2009

METODOLOGIA DI CALCOLO

Si v. punto 11.2

INDICATORI

Piano delle prestazioni ospedaliere

FONTI DI VERIFICA

DGR n. 181 del 6/3/2007 e DGR 243 del 19/03/2007 di definizione dei tetti di spesa per i triennio 2007/2009 e documentazione probatoria del piano delle prestazioni ospedaliere per le strutture pubbliche e private.

Delibera di Giunta Regionale entro il 30/03/2007 per l'adozione del piano delle prestazioni.

Verifica tramite CE annuale del decremento della spesa.

13 Sviluppo regimi di assistenza alternativi ai ricoveri ordinari

13.1 Regolamentazione dei regimi di assistenza alternativi ai ricoveri ordinari

DESCRIZIONE

Con DGR n. 1938 del 20/11/06 è stato approvato l'Atto di indirizzo regionale per la disciplina delle funzioni procedurali della Direzione Generale V° e per la prima attuazione del P.O. di riorganizzazione e riqualificazione con il quale è stato disposto il blocco delle procedure autorizzatorie dei pp.ll. in aumento ed è stato stabilito espressamente che le richieste di modulazione dei pp.ll. sarebbero state istruite per l'attivazione dei d.h. (day hospital) e d.s. (day surgery) secondo il rapporto 2:1 (attivazione di 1 d.h. o d.s. soppressione n. 2 p.l. ordinari).

Con DGR n. 104 del 09/02/07, di integrazione alla DGR n. 1409 del 27/10/04: "*Linee Guida per la regolamentazione e l'organizzazione delle attività di assistenza sanitaria a ciclo diurno e per la corretta erogazione dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza (All. 2C al D.P.C.M. 29 novembre 2001)*", si è preso atto di valutazioni tecniche dell'Organismo Unico di Supporto, Verifica e Controllo – Unità Ispettiva presso la D.G. V°, di cui alla DGR n. 484/06, relative all'aggiornamento della soglia percentuale massima di appropriatezza, di erogabilità in regime di ricovero ordinario (R.O.). Tale determinazione è stata individuata mediante la comparazione dei dati relativi ai rischi clinici, l'età della popolazione, complessità o meno della casistica, esame del dato storico relativo alle annualità 2003/2004/2005/2006 e l'indice di "case-mix" per singolo DRG. Il monitoraggio per il rispetto delle soglie è semestrale e continuo; il mancato rispetto delle stesse viene decurtato in base al punto 2 della tabella 6 di cui al D.M. 1/95 (G.U. n. 150 del 29/06/95) punto 6 nota n. 100/SCPS 1968 dell'11/11/96 (tabella 6) anche mediante il monitoraggio ed il controllo dei DRG omologhi (con complicanze ove esistenti), che essendo considerati DRG c.d. "*sentinella*" sono monitorati e controllati con la non superabilità di una soglia non superiore al 20% rispetto ai non complicati (v. anche punto 4 tabella 6 cit. – ricoveri complicati). Sono infine valutati come strumenti di monitoraggio e controllo oltre il punto 11 della tabella 6 cit. (audit medico su qualità assistenza), i principali indicatori ospedalieri quantitativi o qualitativi:

- tasso di utilizzo/occupazione;
- occupazione giornaliera media;
- indice di rotazione;
- intervallo di turn over;
- degenza media per branca;
- peso della struttura per branca;
- indice di "case-mix";
- indice comparativo di performance (per gli interventi chirurgici);
- normoprogramma di Barber (rapporto tra degenza media e indice di case-mix);
- indice di attuazione.

Tutti i ricoveri in d.s. (day surgery) vengono remunerati sulla base di tale valutazione tecnica all'80% della tariffa A dell'all. 1 del D.M. 30/06/97 ai sensi di quanto disposto dall'art. 1 comma 4 del citato decreto.

STRUMENTI ADOTTATI

DGR n. 1938 del 20/11/06

DGR n. 104 del 09/02/07

METODOLOGIA DI CALCOLO

Attivazione dei d.h. e d.s. secondo il rapporto 2:1 (attivazione di 1 d.h. o d.s. soppressione n. 2 p.l. ordinari).

Determinazione soglia percentuale massima di appropriatezza di derogabilità in R.O. mediante la comparazione dei dati relativi ai rischi clinici, l'età della popolazione, complessità o meno della casistica, esame del dato storico relativo alle annualità 2003/2004/2005/2006 e l'indice di "case-mix" per singolo DRG.

Valutazione dei DRG omologhi (con complicanze ove esistenti) come DRG c.d. "sentinella" che sono monitorati e controllati con la non superabilità di una soglia non superiore al 20% rispetto ai non complicati (v. anche punto 4 tabella 6 cit. – ricoveri complicati).

Remunerazione dei ricoveri in d.s. (day surgery) sulla base di tale valutazione tecnica all'80% della tariffa A dell'all. 1 del D.M. 30/06/97 ai sensi di quanto disposto dall'art. 1 comma 4 del citato decreto.

La misura produrrà una economia che al momento non è puntualmente quantificabile.

INDICATORI

Deliberazione di Giunta Regionale di revisione e adeguamento dei provvedimenti in materia

FONTI DI VERIFICA

DGR entro il 30/06/2007 a modifica della DGR n. 1409/04 e adeguamento della DGR 104 del 09/02/07.

13.2 Istituzione posti letto DH e DS

DESCRIZIONE

LA NUOVA RETE OSPEDALIERA DOPO LA RIMODULAZIONE:

(Tab A 046)

	PRESENTI		RIMODULATI Occ. 85%		Riduzione	%DH
					100,00%	
					Occ. 85%	

P.O. S. FRANCESCO CARACCILOLO

Ordinari	92	72	-20	
DH	9	18	9	
Totale Presidio	101	90	-11	20%

Ordinari	92	72	-20	
DH	9	18	9	
Totale ZONA ALTO MOLISE	101	90	-11	20%

IST.EUROPEO DI RIABILITAZIONE

Ordinari	100	29	-71	
DH	0	11	11	
Totale Presidio	100	40	-60	28%

NEUROMED

Ordinari	154	138	-16	
DH	6	17	11	
Totale Presidio	160	155	-5	11%

P.O. F. VENEZIALE

Ordinari	157	130	-27	
DH	23	30	7	
Totale Presidio	180	160	-20	19%

P.O. SS ROSARIO

Ordinari	134	95	-39	
DH	10	25	15	
Totale Presidio	144	120	-24	21%

Ordinari	545	392	-153	
DH	39	83	44	
Totale ZONA PENTRIA	584	475	-109	17%

CASA DI CURA "VILLA MARIA"

Ordinari	41	33	-8	
DH	6	8	2	
Totale Presidio	47	41	-6	20%

CASA DI CURA "VILLA ESTHER"

Ordinari	68	53	-15	
DH	4	13	9	
Totale Presidio	72	66	-6	20%

U.C.S.C.

Ordinari	164	125	-39	
DH	16	25	9	
Totale Presidio	180	150	-30	17%

P.O. A. CARDARELLI

Ordinari	374	308	-66	
DH	65	63	-2	
Totale Presidio	439	371	-68	17%

Ordinari	647	519	-128	
DH	91	109	18	
Totale ZONA CENTRO MOLISE	738	628	-110	17%

P.O. G. VIETRI

Ordinari	162	120	-42	
DH	24	30	6	
Totale Presidio	186	150	-36	20%

P.O. S. TIMOTEO

Ordinari	208	145	-63	
DH	26	33	7	
Totale Presidio	234	178	-56	19%

Ordinari	370	265	-105	
DH	50	63	13	
Totale ZONA BASSO MOLISE	420	328	-92	19%
ASREM				
Ordinari	1654	1248	-406	
DH	189	273	84	
Totale ASREM	1843	1521	-322	18%

NB:al netto di 40 posti letto tecnici: 8 culle O.C. Vietri, 8 culle San Timoteo, 4 pl reparto carcerario O.C.Cardarelli e 20 culle O.C.Cardarelli

STRUMENTI ADOTTATI

DGR n. 167 del 27/02/07 di adozione dello standard nazionale dei posti letto nel triennio 2007/2009

METODOLOGIA DI CALCOLO

La misura produrrà una economia che al momento non è puntualmente quantificabile

PROCEDURA

Coerentemente con gli obiettivi espressi in premessa, nel piano di riorganizzazione della rete ospedaliera del Molise si è scelto di definire le risorse di strutture e di PL con una metodologia capace di rilevare i bisogni effettivi della popolazione, espressi dalla somma dei ricoveri effettuati dai residenti nelle strutture ospedaliere regionali (mobilità regionale) e quelli effettuati presso strutture extra regionali (mobilità passiva)

Sono state misurate le giornate di degenza consumate, dai cittadini residenti in Molise, in regime di ricovero ordinario e di day-hospital, classe d'età, degenza entro e fuori soglia, distinte per MDC e complessità delle prestazioni, in tutte le strutture ospedaliere della regione (mobilità regionale).

Analogo calcolo è stato effettuato per le prestazioni di ricovero erogate a cittadini residenti in Molise da istituti di ricovero di altre regioni (mobilità passiva), e per le prestazioni di ricovero erogate dalle strutture regionali ai cittadini non residenti in Molise (mobilità attiva)

Sulla base dei risultati, sono stati calcolati i posti letto 'teorici appropriati' totali e per MDC, espresse dal bisogno e dalla produzione interna, che sarebbero stati necessari per l'assistenza dei pazienti ad un tasso di utilizzo atteso non inferiore al 85% mediante la formula:

$PL = \text{Casi} / 365 / \text{tasso di occupazione atteso comunque non inferiore a } 85 \cdot \text{deg. media osservata}$

Sulla base del fabbisogno appropriato di PL per MDC è stato calcolato il numero dei posti letto teorici per MDC, ipotizzando l'attivazione, sui posti letto calcolati, del 10% e 15% di posti letto in DH.

(Tab A047)

	MDC	DEGENZA	PL %85	10% DH			15% DH		
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	74312	240	24	192	216	36	168	204
2	Malattie e disturbi dell'occhio	11173	36	4	29	32	5	25	31
3	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e d	16839	54	5	43	49	8	38	46
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	45116	145	15	116	131	22	102	124
5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	78980	255	25	204	229	38	178	216
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	52117	168	17	134	151	25	118	143
7	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	31768	102	10	82	92	15	72	87
8	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del te	76235	246	25	197	221	37	172	209
9	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e	22853	74	7	59	66	11	52	63
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	28643	92	9	74	83	14	65	78
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	30874	100	10	80	90	15	70	85
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	8295	27	3	21	24	4	19	23
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	32678	105	11	84	95	16	74	90
14	Gravidanza, parto e puerperio	22564	73	7	58	65	11	51	62
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	11447	37	4	30	33	6	26	31
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e d	8942	29	3	23	26	4	20	24
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamen	58670	189	19	151	170	28	132	161
18	Malattie infettive e parassitarie	5402	17	2	14	16	3	12	15
19	Malattie e disturbi mentali	20068	65	6	52	58	10	45	55
20	Abuso di alcol/droghe e disturbi mentali organici indotti	1799	6	1	5	5	1	4	5
21	Traumatismi avvelenamenti ed effetti tossici da farmaci	5051	16	2	13	15	2	11	14
22	Ustioni	493	2	0	1	1	0	1	1
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai	10290	33	3	27	30	5	23	28
24	Traumatismi multipli rilevanti	1457	5	0	4	4	1	3	4
25	Infezioni da H.I.V.	5651	18	2	15	16	3	13	15
26	ALTRO	9907	32	3	26	29	5	22	27
	TOTALE	671624	2165	216	1732	1948	325	1515	1840

Dall'analisi dei risultati, così ottenuti, emerge che anche nell'ipotesi più favorevole che prevede l'attivazione del 15% di posti letto in day-hospital, il numero di posti letto occorrenti per soddisfare integralmente il bisogno espresso dalla popolazione molisana -1840 posti letto -, è di gran lunga superiore a quello previsto dall'Intesa Stato Regioni del 23/3/2005 che fissa invece questo limite a 1521 posti letto se calcolato sulla popolazione al 31/12/2005.

Tuttavia, l'analisi della mobilità, vede un sostanziale recupero della mobilità attiva rispetto a quella passiva al punto che il 2005 segna un delta positivo di 1083 dimessi.

Dimessi per tipo mobilità

(Tab A047)

	2002	2003	2004	2005
ATTIVA	16273	17141	18068	19445
PASSIVA	17078	17786	18371	18362
REGIONALE	56020	59367	61048	62257

Queste considerazioni, insieme al fatto che una fisiologica mobilità passiva sarà comunque presente, ci portano a ritenere che la dotazione di posti letto calcolata sulla produzione interna (mobilità attiva + attività regionale) sia più appropriato e commisurato alle effettive esigenze della rete ospedaliera regionale.

A questo proposito, la Direzione Generale ASREM, ha effettuato uno studio sia dei ricoveri per i 43 (DRG) ad “alto rischio di inappropriatezza” se trattati in regime ordinario, sia per altri due gruppi di ricoveri, comunque a basso peso (< 0.86), attualmente in osservazione in molte regioni, e convenzionalmente indicati come Sentinella 1 (32 DRG) tab1 e Sentinella 2 (27 DRG) tab2.

Prevalenza dei DRG potenzialmente inappropriati su totale Ricoveri (anno 2005) (Tab A048)

PRODUZIONE	2002	2003	2004	2005
LEA	22,18	19,49	19,12	17,93
SENTINELLA 1	10,99	11,21	11,28	10,79
SENTINELLA 2	5,63	5,69	5,63	5,85
TOTALE	38,80	36,39	36,03	34,57
REGIONALE				
LEA	21,24	18,35	17,72	17,14
SENTINELLA 1	11,59	11,81	11,72	11,36
SENTINELLA 2	5,67	5,80	5,74	6,02
TOTALE	38,49	35,95	35,18	34,52

Lo studio ha evidenziato che la prevalenza di detti ricoveri, pur se in progressivo calo, comunque rappresenta circa il 35% dell'attività ospedaliera.

Ancor più pesante è il bilancio “negativo”, se si considera le modalità di erogazione degli stessi, infatti per il 67,62% dei casi, gli stessi vengono erogati in regime ordinario, quindi inappropriato.

Modalità di erogazione (%) dei DRG potenzialmente inappropriati (Tab A049)

	2002		2003		2004		2005	
PRODUZIONE	ord	dh	ord	dh	ord	dh	ord	dh
LEA	90,43	9,57	76,42	23,58	73,75	26,25	59,24	40,76
SENTINELLA 1	84,44	15,56	64,56	35,44	66,16	33,84	64,98	35,02
SENTINELLA 2	94,60	5,40	83,17	16,83	80,75	19,25	80,72	19,28
TOTALE	89,82	10,18	74,72	25,28	73,55	26,45	68,32	31,68
REGIONALE	ord	dh	ord	dh	ord	dh	ord	dh
LEA	89,80	10,20	73,21	26,79	69,89	30,11	59,82	40,18
SENTINELLA 1	83,44	16,56	62,59	37,41	64,41	35,59	63,22	36,78
SENTINELLA 2	94,87	5,13	82,97	17,03	81,09	18,91	79,82	20,18
TOTALE	89,37	10,63	72,92	27,08	71,80	28,20	67,62	32,38

Ciò premesso, per ciascun gruppo di DRG, e in coerenza con gli standards dichiarati in premessa, si è effettuata l'analisi dei casi osservati e delle giornate di degenza consumate nei singoli presidi e discipline, escludendo dai calcoli le 36 culle e i 4 posti letto del reparto carcerario dell'O.C. Cardarelli (che in effetti sono da considerare letti tecnici), e si è quindi proceduto al calcolo dei posti letto che verrebbero resi disponibili, qualora si trasferisse l'85% delle giornate di degenza consumate dagli stessi ricoveri in regime ordinario a quello di day hospital, atteso che una "inappropriatezza" del 10 - 15% può essere considerata fisiologica, e calcolando i nuovi posti letto, per disciplina e struttura ospedaliera, con un tasso di utilizzo all'85 per cento.

Ipotesi con trasferimento dei DRG potenzialmente inappropriati in DH (Tab A050)

			Ipotesi al 85%
			Tasso di Occupazione PL
	PL attuali	PL Stato Regioni	85%
Ordinari	1694		1248
DH	189		273
TOTALE	1883	1521	1521

Dall'analisi dei dati così ottenuti emerge che, rispettando il bisogno dei pazienti e la domanda espressa, si otterrebbe una riduzione di posti letto tale da soddisfare, gli obiettivi dell'Intesa Stato Regioni del 2005.

INDICATORI

Entro il 2007 almeno il 15% per acuti dedicati a DH e DS.

FONTI DI VERIFICA

DGR n. 167 del 27/2/2007 di adozione dello standard dei posti letto: i posti letto di dh e ds devono essere ricompresi nello standard nazionale.

DGR, su istituzione di DH e DS, da parte delle Aziende pubbliche e private sulla istituzione dei posti per DH e DS entro il 31/12/2007.

13.3 Regolamentazione ed avvio di regimi di ricovero territoriale alternativi all'ospedaliero

DESCRIZIONE

Deliberazione regionale per la regolamentazione di ospedali di comunità e RSA

STRUMENTI ADOTTATI

Costruzione del piano del fabbisogno dell'offerta di RSA

- Analisi del bisogno assistenziale tendendo conto delle condizioni geografiche e demografiche della regione
- Censimento delle strutture già operanti per le diverse tipologie di utenza
- Presa d'atto delle strutture da realizzare finanziate ai sensi (dell'art.20 della Legge 67/88 e con delibera CIPE n.20/04)

- Concessione delle prescritte autorizzazioni e dell'accREDITamento previa verifica del possesso dei requisiti ed in base al fabbisogno rilevato nelle diverse aree territoriali
- Istruttoria delle istanze di riconversione da casa di riposo e/o istituto di riabilitazione in R.S.A. geriatria e/o per disabili

Definizione di un atto programmatico del fabbisogno regionale teso a garantire un'adeguata ed omogenea assistenza sull'intero territorio regionale secondo i tempi precedentemente indicati (entro il 30/09/2007)

METODOLOGIA DI CALCOLO

La misura produrrà una economia che al momento non è puntualmente quantificabile

INDICATORI

- Avvio attività entro il 2007
- Attività a regime entro il 2009;
- Numero di ricoveri per anno su PL tecnici / totale ricoveri

FONTI DI VERIFICA

Verifica mensile del CE ASREM

14 Sviluppo sistemi di valutazione e controllo dell'appropriatezza

Viene favorito lo sviluppo dell'assistenza ospedaliera verso livelli medio alti, mediante riduzione dell'inappropriatezza ospedaliera dall'attuale 37% al 15%. Sviluppo del Datawarehouse aziendale integrato con il sistema di monitoraggio connesso alla tessera sanitaria ed al database Arianna contenente tutte le prescrizioni motivate (mediante ICD-9) dei MMG e PLS aderenti. Creazione di indicatori di appropriatezza multidimensionali, riferiti a percorsi diagnostico terapeutici condivisi sviluppati in ambito di progetti formativi basati sulla logica dell'*audit & feedback*.

Potenziamento dell'attività di monitoraggio tramite il progetto tessera sanitaria secondo l'allegato temporale sotto riportato e le condizioni tutte alle 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni (Progetto Tessera Sanitaria), ivi compresi tutti gli obblighi derivanti con RGS Ministero della Salute Agenzia delle Entrate e SOGEI

La regione si impegna, altresì, ad attuare quanto di sua competenza con riferimento agli obblighi previsti dall'articolo 1, comma 810, della legge n. 296 del 2006, secondo quanto verrà previsto nei provvedimenti nazionali attuativi della predetta disposizione, per quanto attiene, tra l'altro, alla rilevazione dei dati delle ricette dai medici prescrittori, impegnandosi inoltre ad utilizzare, conseguentemente, i dati rilevati, al fine di consentire la completa e piena attuazione dell'analisi dell'appropriatezza prescrittiva dei medici sull'intero territorio regionale.

14.1 Messa a regime del sistema di valutazione approvato con provvedimento regionale

DESCRIZIONE

La Regione Molise, sulla base delle indicazioni legislative del D.L. 229/99 e del DPCM 29 novembre 2001, si è posta tra gli obiettivi la riduzione dei ricoveri inappropriati sviluppando un apposito sistema di valutazione e controllo. Tale azione si pone due obiettivi specifici:

1. Indurre gli ospedali a ridurre i ricoveri intervenendo su quelli inappropriati perseguendo in questo modo l'indicazione della programmazione regionale;
2. Promuovere un aumento di efficienza nel processo assistenziale intervenendo contemporaneamente sui livelli di spesa.

STRUMENTI ADOTTATI

- Con DGR n. 1409 del 27 ottobre 2004 sono state approvate le Linee Guida per la regolamentazione e l'organizzazione delle attività di assistenza sanitaria a ciclo diurno e per la corretta erogazione dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza con relative soglie di ammissibilità successivamente integrate dalla DGR n.104 del 9 febbraio 2007;
- Con DGR n. 484 del 21 aprile 2006 è stata effettuata la "Costituzione dell'Organismo Unico di Supporto, verifica e controllo-Unità Ispettiva presso la D.G. Sanità";
- Con DGR 1204 del 10 agosto 2006 è stato approvato il "Protocollo di gestione di disciplina, attività e modalità di controllo";

- E' in fase di elaborazione e verrà proposta alla Giunta Regionale un'apposita deliberazione per adottare un sistema di valutazione e controllo dell'inappropriatezza per l'aggiornamento del metodo APPRO e l'introduzione del PRUO

METODOLOGIA DI CALCOLO

La misura produrrà una economia che al momento non è puntualmente quantificabile

INDICATORI

Formazione dei valutatori e applicazione del sistema. Questi indicatori devono correttamente essere integrati con quanto previsto al successivo punto 14.3

FONTI DI VERIFICA

Documentazione probatoria dell'avvenuta formazione dei valutatori entro il 31/12/2007

Documentazione probatoria dell'avvenuta applicazione del sistema di valutazione entro il 31/12/2008

14.2 Definizione di ulteriori requisiti appropriatezza attività ospedaliere

DESCRIZIONE

Definizione di ulteriori criteri di appropriatezza riferiti a ricoveri ordinari, DH e DS e riabilitazione ospedaliera.

Con DGR n. 104 del 09/02/07, di integrazione alla DGR n. 1409 del 27/10/04: "*Linee Guida per la regolamentazione e l'organizzazione delle attività di assistenza sanitaria a ciclo diurno e per la corretta erogazione dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza (All. 2C al D.P.C.M. 29 novembre 2001)*", si è preso atto di valutazioni tecniche dell'Organismo Unico di Supporto, Verifica e Controllo – Unità Ispettiva presso la D.G. V, di cui alla DGR n. 484/06, relative all'aggiornamento della soglia percentuale massima di appropriatezza, di erogabilità in regime di ricovero ordinario (R.O.). Tale determinazione è stata individuata mediante la comparazione dei dati relativi ai rischi clinici, l'età della popolazione, complessità o meno della casistica, esame del dato storico relativo alle annualità 2003/2004/2005/2006 e l'indice di "*case-mix*" per singolo DRG. Il monitoraggio per il rispetto delle soglie è semestrale e continuo; il mancato rispetto delle stesse viene decurtato in base al punto 2 della tabella 6 di cui al D.M. 1/95 (G.U. n. 150 del 29/06/95) punto 6 nota n. 100/SCPS 1968 dell'11/11/96 (tabella 6) anche mediante il monitoraggio ed il controllo dei DRG omologhi (con complicanze ove esistenti), che essendo considerati DRG c.d. "*sentinella*" sono monitorati e controllati con la non superabilità di una soglia non superiore al 20% rispetto ai non complicati (v. anche punto 4 tabella 6 cit. – ricoveri complicati). Sono infine valutati come strumenti di monitoraggio e controllo oltre il punto 11 della tabella 6 cit. (audit medico su qualità assistenza), i principali indicatori ospedalieri quantitativi o qualitativi:

- tasso di utilizzo/occupazione;
- occupazione giornaliera media;
- indice di rotazione;
- intervallo di turn over;
- degenza media per branca;

- peso della struttura per branca;
- indice di “case-mix”;
- indice comparativo di performance (per gli interventi chirurgici);
- normoprogramma di Barber (rapporto tra degenza media e indice di case-mix);
- indice di attuazione.

Tutti i ricoveri in d.s. (day surgery) vengono remunerati sulla base di tale valutazione tecnica all’80% della tariffa A dell’all. 1 del D.M. 30/06/97 ai sensi di quanto disposto dall’art. 1 comma 4 del citato decreto.

STRUMENTI ADOTTATI

DGR n. 104 del 09/02/07

METODOLOGIA DI CALCOLO

Determinazione soglia percentuale massima di appropriatezza di derogabilità in R.O. mediante la comparazione dei dati relativi ai rischi clinici, l’età della popolazione, complessità o meno della casistica, esame del dato storico relativo alle annualità 2003/2004/2005/2006 e l’indice di “case-mix” per singolo DRG.

Valutazione dei DRG omologhi (con complicanze ove esistenti) come DRG c.d. “sentinella” che sono monitorati e controllati con la non superabilità di una soglia non superiore al 20% rispetto ai non complicati (v. anche punto 4 tabella 6 cit. – ricoveri complicati).

Remunerazione dei ricoveri in d.s. (day surgery) sulla base di tale valutazione tecnica all’80% della tariffa A dell’all. 1 del D.M. 30/06/97 ai sensi di quanto disposto dall’art. 1 comma 4 del citato decreto.

La misura produrrà una economia che al momento non è puntualmente quantificabile

INDICATORI

Elenco criteri e indicatori di appropriatezza riferiti ai ricoveri ordinari, DH e DS e riabilitazione ospedaliera

FONTI DI VERIFICA

DGR entro il 30/06/2007 a modifica della DGR n. 1409/04 e adeguamento della DGR n. 104 del 09/02/07.

14.3 Ridefinizione del sistema di controllo ispettivo

DESCRIZIONE

La L. 8 settembre del 1986 n. 14 disciplinava in conformità ai principi fissati dall’art. 13 della legge 26 aprile 1982 n. 181 l’esercizio delle funzioni di verifica, sotto l’aspetto sanitario e finanziario, delle attività assistenziali delle (vecchie) UU.LL.SS. e della gestione dei fondi alle

stesse assegnati. Tale normativa regionale dall'oggetto "disciplina del servizio ispettivo" ad oggi presenta notevoli criticità.

Al di fuori della previsione normativa riconducibile all'incardinamento del servizio ispettivo in capo alla Regione ed, in particolare, ad oggi presso la Direzione Generale V°, che rispetta il ruolo di programmazione, indirizzo e controllo che spetta a questo Ente in materia, l'attività del servizio ispettivo come disciplinata dalla normativa oltremodo datata deve essere completamente rivisitata. Tanto per effetto:

- in primo luogo della L.R. 9/05 che ha istituito la ASREM (cfr. art. 2 della L.R. cit. che attribuisce alla Regione la previsione e l'assegnazione degli obiettivi di controllo gestionale e finanziario per il S.S.R.);
- in secondo luogo per la compiuta definizione delle attività ispettive e di controllo sul sistema pubblico del SSR prevedendo oltre le attività di verifica ex art. 88 della L. 388/2000 "disposizioni per l'appropriatezza nell'erogazione dell'assistenza sanitaria" commi 2 e 3, le modalità di puntuale adempimento a quanto prescritto, tra l'altro, dalla circolare del Ministero della Salute (datata 11.7.2005 prot. n. 18798/DGPROG/6-P avente ad oggetto la *"rilevazione e trasmissione dei dati sui dimessi dagli Istituti pubblici e privati (scheda di dimissione ospedaliera-SDO)"*);
- ed, infine, per l'estensione di tutte le attività ispettive e di controllo, tese peraltro a scongiurare effetti distorsivi sul pagamento delle prestazioni sanitarie, oltre che sulle strutture pubbliche del SSR, anche per strutture ad oggi unicamente in essere quali IRCCS Neuromed e Università Cattolica a cd. diretta gestione regionale.

Tale normativa consentirebbe, infatti, di individuare e conferire alla ASREM gli indirizzi operativi per la costituzione dei nuclei di controllo di appropriatezza territoriale di cui al punto che si disamina al successivo intervento e indicatore.

Verranno comunque riconfermate, in linea di massima, le attribuzioni del Servizio Ispettivo, ma verrà affidato allo stesso la gestione unica, esclusiva e tecnicamente conforme a legge delle attività di controllo implementando il supporto tecnico istruttorio necessario ai Servizi regionali per garantire il rispetto delle previsioni procedurali di cui all'art. 17 della L. 241/90 e s. m. e i.

Tanto è inoltre dovuto anche per la revisione del sistema di composizione del Servizio in parola. Ad oggi, infatti, la normativa che qui si commenta prevede una articolazione interna del Nucleo (art. 5) rivelatasi non efficace per garantire tutte le attività del Servizio.

Verrà mantenuta la previsione che attribuisce al prestatore componente del Servizio ispettivo la qualifica di pubblico ufficiale in quanto "ispettore regionale del Servizio Sanitario" escludendo in ogni caso l'attribuzione di emolumenti ulteriori che non siano riconducibili unicamente al contenuto dell'attività svolta.

La struttura regionale competente che proporrà alla Giunta Regionale il riordino integrale di tale materia, per il successivo inoltrare al competente Consiglio Regionale, definirà anche i contenuti operativi e gli indirizzi delle attività richieste al Nucleo in parola. La stessa proporrà la metodologia di gestione più efficace, celere ed economicamente conveniente per la Regione per garantire il pieno rispetto delle prescrizioni ministeriali del presente Programma Operativo di rientro che impone all'Amministrazione regionale l'adozione di strumenti operativi tesi al risparmio ai fini dell'indispensabile accesso ai fondi integrativi per il ripiano del disavanzo.

Devesi rilevare, inoltre, che ai sensi della L.R. n. 11 del 14/5/1997 e la L.R. n. 12 pari data è stata individuata in capo alla Regione la funzione di vigilanza e controllo sull'attività e sugli atti delle (ex ASL) in particolare per l'esercizio del controllo di gestione e per il controllo sugli atti della Direzione Generale dell'Azienda (rispettivamente art. 18 e art. 33 L.R. cit.).

Per il controllo di gestione il comma 1 dell'art. 18 cit. rinviava ad apposita legge regionale la disciplina di tale attività. Per quanto concerne il controllo sugli atti l'art. 33 L.R. cit. al comma 8 lettera b) ribadiva la funzione ispettiva e di vigilanza e riscontro attraverso apposite strutture regionali.

Per l'effetto le suesposte normative qui richiamate per opportuna completezza verranno aggiornate ed adeguate quale specifica sezione "controllo amministrativo-contabile" nella proposta di deliberazione che ridefinirà l'integrale assetto dei controlli regionali.

STRUMENTI ADOTTATI

Ricognizione puntuale delle esigenze dei Servizi interessati alle attività di verifica, controllo, ispezione circa il corretto utilizzo delle risorse finanziarie pubbliche.

Audizione della ASREM per la stesura delle linee di indirizzo per l'attività di controllo ed ispezione che la stessa deve effettuare sui soggetti accreditati convenzionati con l'Azienda.

Modifica della Legge Regionale 14/86.

METODOLOGIA DI CALCOLO

La misura produrrà una economia che al momento non è puntualmente quantificabile

INDICATORI

Ricostituzione e disciplina del sistema di controllo ispettivo regionale

Attività ex art. 88 legge 2312/2000 n. 388, funzione tecnico consultiva, specialità medicinali e dispositivi medici.

FONTI DI VERIFICA

DGR entro 30-04-2007 di proposta al Consiglio Regionale della nuova Legge Regionale che istituisce e disciplina il Nucleo Ispettivo Regionale con proposta di gestione e metodologia delle attività di controllo e ispezione.

14.4 Potenziamento dell'attività di monitoraggio tramite il progetto tessera sanitaria

L'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni (Progetto Tessera Sanitaria), si pone l'obiettivo di realizzare un sistema informativo delle prescrizioni mediche, al fine di potenziare il monitoraggio della spesa sanitaria, nonché la verifica dell'appropriatezza prescrittiva, attraverso la

rilevazione dei dati delle ricette mediche relative alla farmaceutica e specialistica a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

In particolare, ai fini della verifica dell'appropriatezza prescrittiva, il Progetto consente l'individuazione certa ed univoca sia dell'assistito (tramite il codice fiscale riportato sulla Tessera Sanitaria, "certificato" dall'Agenzia delle entrate), sia del medico prescrittore (tramite il codice identificativo della ricetta, assegnato univocamente al medesimo medico dall'ASREM in fase di consegna del ricettario).

L'individuazione certa ed univoca dell'assistito e del medico prescrittore avviene attraverso la necessaria fase preliminare di allineamento delle relative anagrafi in possesso dell'ASREM con quelle dei codici fiscali dell'Anagrafe Tributaria e dei Comuni, nonché attraverso il relativo costante aggiornamento.

La rilevazione dei dati delle ricette avviene presso i singoli erogatori delle prestazioni (farmacie, laboratori, ambulatori pubblici e privati convenzionati) i quali, attraverso la lettura ottica del codice fiscale dell'assistito dalla Tessera Sanitaria e del codice identificativo della ricetta, consentono l'associazione certa ed univoca fra i dati della ricetta, il relativo medico prescrittore e l'assistito fruitore della prestazione.

I dati completi delle ricette (comprensivi dei dati dell'assistito e del medico prescrittore) rilevati dalle strutture di erogazione, devono essere trasmessi giornalmente e, in ogni caso, entro il giorno 10 del mese successivo a quello di utilizzazione della ricetta, al Sistema Tessera Sanitaria del Ministero dell'economia e delle finanze che provvede a renderli disponibili all'ASREM, nonché alla Regione, secondo le indicazioni del Garante della privacy. In particolare per le ASREM è consentito l'accesso ai dati delle ricette comprensivi dei dati identificativi dell'assistito.

In tal modo il Sistema consente all'ASREM ed alla Regione Molise di disporre in modo tempestivo di un patrimonio informativo inerente le prescrizioni farmaceutiche e specialistiche, tale da poter potenziare il monitoraggio della spesa sanitaria e intervenire sull'appropriatezza prescrittiva, costituendo uno strumento pontente di programmazione e di contenimento del settore sanitario (mentre eventuali sistemi informativi regionali di rilevazione delle ricette non garantiscono un processo di acquisizione dei dati tale da assicurare in modo "certificato" la fondamentale associazione ricetta-assistito-medico).

L'attuazione in ambito regionale del Progetto, avviene sulla base del programma stabilito dai decreti attuativi del comma 6 del citato articolo 50 e sulla base del piano di dettaglio delle attività realizzative convenute fra la medesima regione, la Ragioneria Generale dello Stato (RGS), il Ministero della salute, l'Agenzia delle entrate e Sogei.

L'attivazione sperimentale del Progetto Tessera Sanitaria nella Regione Molise è stata avviata a partire dal 2006, con la condivisione con la medesima regione, la Ragioneria Generale dello Stato, il Ministero della salute, Agenzia delle entrate e Sogei, del piano delle attività (trasmesso con e-mail del 18 luglio 2006), il quale prevede gli impegni regionali e i rispettivi termini temporali.

Con riferimento al predetto piano delle attività, a seguito di quanto segnalato dal documento di stato di avanzamento delle attività predisposto da Agenzia delle Entrate e Sogei (aggiornato al 10 dicembre 2006), si è registrato un ritardo complessivo nell'attuazione delle attività previste dal predetto piano temporale. Al riguardo, si è tenuta una specifica riunione il 22 gennaio 2007 nel corso della quale si è convenuto di procedere tecnicamente fra la regione, l'Agenzia delle entrate e Sogei alla definizione di un'azione straordinaria di recupero delle attività e alla conseguente revisione del piano.

A fronte delle azioni straordinarie convenute tecnicamente, la regione si è impegnata a rispettare il nuovo piano temporale relativo all'attuazione del Progetto Tessera Sanitaria nonché ad attuare quanto di sua competenza con riferimento agli obblighi previsti dal citato articolo 50 e dai suoi

decreti attuativi, nonché all'articolo 1, comma 810, della legge n. 296 del 2006, secondo quanto verrà previsto nei provvedimenti nazionali attuativi della predetta disposizione.

Gli impegni verranno verificati, anche sulla base delle risultanze prodotte dall'Agenzia delle entrate e Sogei.

Ai fini dell'attivazione sperimentale del Sistema, la Regione si impegna:

- a. al rispetto degli obblighi informativi di cui al piano temporale delle attività convenuto con la RGS, il Ministero della salute, Agenzia delle entrate e Sogei. Il rispetto di tali obblighi comporta:
 - Recepimento con DGR, da adottarsi entro febbraio 2007 del piano convenuto fra Regione, RGS, Ministero della salute, Agenzia delle entrate e Sogei, riportato nell'Allegato A.1 che segue.
 - Rispetto della tempistica di cui al piano.
 - Trasmissione telematica da parte dell'ASREM al Ministero dell'economia e delle finanze (secondo le modalità di cui ai decreti attuativi dell'articolo 50 della legge 326/2003), dell'elenco degli assistiti per i quali l'Agenzia delle entrate e Sogei hanno riscontrato il mancato allineamento con l'anagrafe dei codici fiscali.
 - Trasmissione telematica al Ministero dell'economia e delle finanze dell'assegnazione medico-ricettario di cui al comma 4 dell'articolo 50 della legge 326/2003.
 - Obbligo dell'utilizzo del ricettario "standard" di cui al DM 18 maggio 2004 per le prescrizioni farmaceutiche e ambulatoriali a carico del SSN.
 - Utilizzo delle segnalazioni fornite dal Sistema Tessera Sanitaria ai fini del conseguente aggiornamento delle anagrafi.
 - Aggiornamento tempestivo e costante, secondo le modalità di cui ai decreti attuativi dell'articolo 50 della legge 326/2003, da parte della Regione dei flussi dei dati del Sistema di cui ai decreti attuativi all'art. 50, secondo la tempistica prevista dal piano convenuto.
 - Adozione di provvedimenti volti all'utilizzo, da parte di tutti i soggetti coinvolti, della Tessera Sanitaria (TS) in conformità alle disposizioni di cui al citato articolo 50.
- b. alla definizione degli accordi integrativi con i medici di base (MMG e pediatri), per la verifica del rispetto della soglia del 70% delle ricette informatizzate. Il rispetto di tale impegno comporta:
 - la definizione degli accordi in conformità alle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 275 della legge 266/2005
 - l'utilizzo del Sistema Tessera Sanitaria per il controllo del rispetto della soglia del 70%
- c. Nella fase a regime del Sistema, la Regione si impegna:
 - all'utilizzo delle segnalazioni fornite dal Sistema Tessera Sanitaria ai fini del conseguente aggiornamento delle anagrafi;
 - all'aggiornamento tempestivo e costante dei flussi dei dati del Sistema di cui ai decreti attuativi all'art. 50;
 - all'utilizzo dei dati acquisiti tramite il Sistema Tessera Sanitaria.

La Regione si impegna altresì, attraverso i dati delle ricette acquisiti attraverso il Progetto Tessera Sanitaria, ad effettuare i controlli e la verifica dell'appropriatezza prescrittiva nel proprio territorio, individuando le criticità sulla base di specifici indicatori regionali di riferimento ed adottando le relative misure correttive ai fini del conseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa.

La struttura amministrativa responsabile dell'attuazione concreta del progetto e dell'individuazione delle metodologie di monitoraggio è individuata presso l'Assessorato alla sanità.

La struttura amministrativa definisce entro il mese di marzo 2007 il procedimento di verifica e controllo dell'appropriatezza prescrittiva e della relativa attuazione a livello di singola zona ASREM/AO, nonché della:

- definizione di indicatori e criteri di riferimento per la valutazione, da parte di ogni zona ASREM/AO, dell'appropriatezza prescrittiva di ogni singolo medico, attraverso l'analisi mensile delle ricette acquisite attraverso il Sistema Tessera Sanitaria (in Allegato A.2 sono riportati esempi di indicatori da applicare);
- definizione di azioni correttive da intraprendere, da parte di ogni zona ASREM/AO, a fronte delle criticità riscontrate;
- revisione periodica degli indicatori e dei criteri di riferimento individuati;
- acquisizione delle relazioni mensili prodotte da ogni singola zona ASREM.

A livello di ogni singola zona ASREM/AO, è fissato l'obbligo (incluso fra gli obiettivi del Direttore Generale) di:

- individuare dell'Ufficio responsabile del procedimento;
- assicurare l'elaborazione mensile, mediante il supporto del Sistema Tessera Sanitaria, degli indicatori regionali individuati, con riferimento ai dati delle ricette di propria competenza, del mese precedente a quello di riferimento, relative alle prestazioni di farmaceutica e specialistica erogate e acquisite mediante il medesimo Sistema Tessera Sanitaria, a livello di ASL distretto e singolo medico;
- individuare delle criticità, con riferimento ai criteri regionali individuati;
- adottare delle relative azioni correttive, in conformità alle indicazioni regionali;
- predisporre delle relative relazione mensile e trasmissione (entro il mese successivo a quello di ricevimento dei dati) al competente Ufficio regionale.

Per tutto il tempo necessario all'entrata a regime del nuovo sistema basato sulla Tessera sanitaria, la Regione Molise conserverà le attuali procedure di monitoraggio, basate sul sistema di rilevazione gestito dalla Molise Dati spa (procedure Marno) e sulla produzione di Report semestrali distribuiti a medici e pediatri. Questo Sistema consente la puntuale ricognizione del comportamento dei medici operanti sul territorio regionale, con possibilità di verificare i soggetti caratterizzati da maggiore spesa, i rapporti spesa/quantità, il dettaglio dei farmaci prescritti, i dati contenuti nelle ricette etc..

Allegato A.1 – Piano temporale dell’attivazione del Progetto Tessera Sanitaria nella Regione Molise

TabG021

REGIONE MOLISE								
ATTIVITA'		Frequenza anno dati	GENNAIO 2007	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO
Riunioni/incontri								
Riunione tra Regione/RS-S/Agenzia Entrate		entro 22/01/2007	◆					
Riunione tra Regione e Sogel		entro 31/01/2007	◆					
Riunione tra Regione, Sogel e Direzione ASL		entro 09/02/2007		◆				
Fornitura archivi								
Pace di impianto assistiti		Già eseguito entro dicembre 2006						
allineamento e messa a regime		dal 01/02/2007 al 28/02/2007	◆	◆	◆			
variazioni		dal 01/04/2007			◆			
variazioni		dal 01/05/2007						◆
Medici di base		dal 01/02/2007 al 28/02/2007	◆	◆	◆			
variazioni		dal 01/03/2007			◆			
Medici ospedali		dal 01/02/2007 al 28/02/2007	◆	◆	◆			
variazioni		dal 01/03/2007			◆			
Farmacie/direttri		dal 01/02/2007 al 28/02/2007	◆	◆	◆			
variazioni		dal 01/03/2007			◆			
Laboratori/direttri		dal 01/02/2007 al 28/02/2007	◆	◆	◆			
variazioni		dal 01/03/2007			◆			
Soggetti oculti		dal 01/02/2007 al 28/02/2007	◆	◆	◆			
variazioni		dal 01/03/2007			◆			
Assegnazione ricette/medici prescrittori		dal 01/02/2007 al 28/02/2007	◆	◆	◆			
variazioni		dal 01/03/2007			◆			
Stranieri temporaneamente presenti (STP)		dal 01/02/2007 al 28/02/2007	◆	◆	◆			
variazioni		dal 01/03/2007			◆			
Prontuario Farmaceutico		dal 01/02/2007 al 28/02/2007	◆	◆	◆			
variazioni		dal 01/03/2007			◆			
Emendatore Tariffario		dal 01/02/2007 al 28/02/2007	◆	◆	◆			
variazioni		dal 01/03/2007			◆			
Formazione								
Piano di comunicazione ASL		dal 23/02/2007 al 09/03/2007		◆	◆			
Formazione per utenti Regione, ASL		dal 23/02/2007 al 16/03/2007		◆	◆			
Formazione per utenti Medici		a richiesta						
Piano di comunicazione SSA		dal 01/03/2007 al 13/03/2007			◆	◆		
Formazione per utenti SSA		dal 01/03/2007 al 04/04/2007			◆	◆	◆	
Abilitazioni								
Abilitazione amministratori di sicurezza Regione/ASL		dal 23/02/2007 al 16/03/2007		◆	◆			
Abilitazione utenti Regione/ASL		dal 01/03/2007 al 16/03/2007		◆	◆			
Abilitazione utenti Farmacia (attribuzione PIN 1)		dal 19/03/2007 al 19/03/2007			◆	◆		
Abilitazione utenti Farmacia (attribuzione PIN 2)		dal 23/03/2007 al 13/04/2007			◆	◆	◆	
Abilitazione utenti Laboratori (attribuzione PIN 1)		dal 19/03/2007 al 19/03/2007			◆	◆		
Abilitazione utenti Laboratori (attribuzione PIN 2)		dal 23/03/2007 al 13/04/2007			◆	◆	◆	
Trasmissione telematica ricette								
Pacchetto dati delle ricette mediche		dal 01/03/2007 al 30/03/2007				◆	◆	
Trasmissione telematica		entro 10/04/2007					◆	
Revisione della unica cartella		dal 30/04/2007						◆

STRUMENTI ADOTTATI

- Utilizzo delle banche dati della Regione Molise (SDO, Specialistica Ambulatoriale, Farmaceutica, Anagrafe assistiti, Anagrafe Medici, IVG, ABS, CEDAP, SIMI, SESIT...)
- Utilizzo delle procedure di gestione centralizzate della Regione.
- Utilizzo della struttura della Molise Dati spa che gestisce il Sistema Informativo Sanitario Regionale
- Coordinamento da parte del Servizio SISR

METODOLOGIA DI CALCOLO ADATTATA

La Regione Molise ha da anni centralizzato i summenzionati servizi informatici e gestionali, è stata tra le prime regioni in Italia ad attivare il CUP, ed attualmente lo stesso CUP è stato centralizzato sull'intera Regione (con possibilità da parte dell'utente, di scegliere la struttura e la data della prestazione) realizzando così un supporto estremamente valido anche per l'abbattimento delle liste di attesa. Sono attivi ormai da un anno i collegamenti

Le ricette farmaceutiche vengono acquisite, scannerizzate ed elaborate in modo centralizzato, i relativi dati integrati all'interno delle banche dati.

I dati vengono ogni mese raccolti per presrittore ed allo stesso vengono inviati con vari parametri di controllo e verifica.

L'insieme di tutti i dati sono disponibili sia per la gestione di un data warehouse (la cui analisi di fattibilità e le prime beta release sono già state avviate con la Molise Dati spa) sia per i vari osservatori sanitari in corso di formazione.

L'utilizzo della Tessera Team comunque non annulla l'utilizzo di una serie di procedure attivate dalla Molise Dati spa, comporta una serie di procedure di sincronismo con la Sogei spa aggiuntive e la gestione dei flussi.

L'acquisizione di dati tramite tessera Team ed il relativo utilizzo, pertanto non comporta una riduzione di spesa dal punto di vista informatico.

La norma produrrà un'economia che al momento non è puntualmente quantificabile

INDICATORI

Ogni mese e per ogni singolo medico prescrittore (medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, specialista ospedaliero e territoriale) potranno essere analizzati gli indicatori inerenti i seguenti punti :

- caratteristica assistibili (numerosità, distribuzione per età). Analisi dello scostamento dalla soglia o dalla tipologia di assistenza prevista.
- quantità di ricette (totale e pro-capite per assistibili) prescritte dal medico (farmaceutica, specialistica).

Analisi dello scostamento con lo stesso periodo dell'anno precedente; confronto, con riferimento allo stesso periodo, con i valori di riferimento del territorio di competenza (ASL, distretto).

- spesa (totale e pro-capite per assistibili e pro-capitei) delle ricette prescritte (farmaceutica, specialistica). Analisi dello scostamento con lo stesso periodo dell'anno precedente; confronto, con riferimento allo stesso periodo, con i valori di riferimento del territorio di competenza (ASL, distretto).
- % di assistiti con esenzione per patologia;
- % di assistiti con esenzione per invalidità;
- % di assistiti con almeno una patologia cronica nota;
- % spesa per farmaci con brevetto scaduto.
- % spesa per farmaci specialistici che richiedono un Piano Terapeutico

FONTI DI VERIFICA

Delibera di Giunta Regionale N. 164 adottata in data 27/02/2007

Cronoprogramma concordato con il Ministero e la Sogei spa (Vedere allegato A)

15 Misure di razionalizzazione dell'uso della risorsa farmaco in ambito ospedaliero

Le numerose azioni intraprese sia a livello nazionale (manovre AIFA, legge finanziaria, etc.) che al livello regionale, sul terreno del controllo volto alla razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale, stanno mutando rapidamente lo scenario in questo settore.

L'attivazione di canali di distribuzione dei farmaci del cosiddetto Allegato 2 (farmaci ad alto costo) ha sottratto una consistente fetta dei costi dalla farmaceutica "convenzionata", spostando i costi residui su altre voci di bilancio, a volte erroneamente attribuite alla spesa ospedaliera, ma che è senza dubbio più corretto definire farmaceutica "non convenzionata". In questo senso il dato di spesa relativo alla *convenzionata* è divenuto maggiormente confrontabile con quello delle altre regioni che avevano già precedentemente intrapreso lo stesso percorso.

Il contestuale blocco dei prezzi dei farmaci da banco (fascia C) rischia di spingere l'interesse e la conseguente pressione commerciale sui farmaci ospedalieri, soprattutto nell'area delle nuove terapie e dei farmaci innovativi.

Questo rende ancor più necessaria la sorveglianza sul corretto utilizzo della risorsa farmaco in ambito ospedaliero in maniera da evitare che questa possa diventare rapidamente il mezzo per mitigare l'assottigliamento dei margini per l'industria farmaceutica.

Non va poi dimenticato che le scelte terapeutiche, operate in ambito ospedaliero, facilmente divengono un volano di spesa anche in ambito territoriale.

Questo aumento di pressione sull'intero sistema impone, quindi, la messa in campo di un articolato e pervasivo sistema di monitoraggio sull'uso dei farmaci.

Le azioni necessarie ad ottimizzare ulteriormente l'uso dei farmaci non innovativi e, al contempo, scoraggiare l'inappropriato allargamento nell'uso dei farmaci di nuova introduzione, spinti anche dai fattori prima richiamati, devono orientarsi sia in ambito clinico che in ambito logistico.

Questa analisi ha ispirato l'elenco delle azioni sotto esplicitate, che muovono proprio in senso strategico nella direzione di porre sotto monitoraggio continuo l'erogazione dei farmaci ed il relativo processo di approvvigionamento e stoccaggio, fino ai singoli reparti, acquisendo al contempo informazioni di carattere clinico relative alla prescrizione sul singolo caso e, quindi, potendo svolgere una effettiva analisi di appropriatezza.

A queste misure la regione ha inteso dare massimo impulso anche sulla scorta dei dati di spesa relativi alla farmaceutica non convenzionata 2006 che evidenziano una tendenza all'aumento che non si allinea perfettamente al contesto nazionale, intendendo vedere l'anno 2007 come anno di demarcazione tra un sistema a debole controllo di razionalità ed un integrato sistema di governo clinico e organizzativo-logistico.

15.1 Promuovere l'uso corretto del farmaco secondo criteri basati sull'appropriatezza di prescrizione, sicurezza ed economicità in ambito ospedaliero

STRUMENTI ADOTTATI

- A)** Istituzione della commissione terapeutica regionale e redazione del prontuario terapeutico ospedaliero regionale e norme di trasparenza per l'emendamento del prontuario

DESCRIZIONE

Nell'ambito di questa azione sono raccolte misure sostanziali che perseguono l'obiettivo strategico di promuovere l'uso dei farmaci secondo l'evidenza scientifica tenendo nel debito conto il rapporto costo/beneficio, soprattutto per le categorie di farmaci il cui brevetto è scaduto.

Le misure per il passaggio all'uso dei generici e, più in generale al costituendo PTOR, sono adottate con un approccio non assolutistico ma statistico, conferendo obiettivi di bilancio, riguardanti il rapporto *specialità vs generico* o *farmaco in prontuario vs farmaco non in prontuario* non superiore in valore a 1/15. In altri termini non è vietato l'uso di farmaci non contenuti nel prontuario, ma viene stabilito un budget massimo per ogni Unità Operativa per il trattamento di casi particolari che non superi il 6,7% complessivo della spesa per farmaci che si realizza in detta U.O.. In tal modo si conta di superare qualsiasi tipo di criticità nell'effettiva applicazione delle misure, tutelando al contempo la libertà di scelta terapeutica del medico.

La presente azione consta di:

- adozione della lista dei farmaci preferiti costituenti il prontuario regionale (PTOR);
- monitoraggio dell'uso di farmaci esterni al prontuario regionale (PTOR).

In particolare saranno forniti alla ASREM indirizzi operativi riguardanti:

- la promozione dell'uso dei farmaci generici nelle classi terapeutiche in cui essi sono disponibili;
- l'invito rivolto alle aziende farmaceutiche ad aderire alla fornitura di una pari quantità di dose definita giornaliera alle medesime condizioni di aggiudicazione della gara dopo un tempo pari a 6 mesi dall'aggiudicazione. In tal modo verrebbe esteso il meccanismo del prezzo di riferimento che i farmaci generici hanno introdotto nel campo della farmaceutica territoriale.

Nell'anno 2006 è stato sottoscritto tra la regione Molise e l'Università degli studi del Molise il Protocollo d'Intesa in materia di farmacoutilizzazione, il quale prevede, tra l'altro, la partecipazione dell'Ateneo molisano alla stesura, aggiornamento e revisione del PTOR.

METODOLOGIA DI CALCOLO

L'impatto della misura, in mancanza di dati di letteratura è prudenzialmente stimabile nel 2% della quota di farmaci non oncologici (60%), pari dunque all'1,2% della quota riferita alla spesa farmaceutica non convenzionata (14,00 milioni – pari al 3% del fondo sanitario regionale anno 2005 al netto delle integrazioni), per un valore di circa 170.000,00/anno. La valorizzazione economica (anno 2007) di cui al presente obiettivo è ricompresa in quella relativa all'obiettivo 15.5.

Nella seguente tabella è riportato l'effetto per gli anni 2008 e 2009.

Quota di spesa farmaceutica non convenzionata	14.000.000
Quota farmaci non oncologici (60% del totale)	8.400.000
Stima risparmio 2008 - 2009 (2%)	170.520

INDICATORI

Valutazione della spesa media di farmaci ad uso ospedaliero

Rapporto di spesa tra farmaci in PTOR ed extra PTOR

FONTI DI VERIFICA

Istituzione della commissione (entro 31 marzo 2007) e redazione del prontuario entro 30 giugno 2007

Documentazione probatoria indicatori (reports) entro 31 dicembre 2007-2008-2009

B) Attuazione del progetto SISR – Lotto 2 (Salvafarmaco) per la gestione logistica del farmaco in ambito ospedaliero

DESCRIZIONE

La necessità di una gestione integrata della logistica del farmaco in ambito regionale è stata ravvisata già dal 2004.

Alla fine dell'anno 2005 la regione Molise ha indetto la gara, per il tramite della società a partecipazione regionale Molise Dati s.p.a, delegata come stazione appaltante, ed ha affidato in service la gestione integrata regionale della logistica del farmaco, nell'ambito di un più ampio progetto di realizzazione del Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISR).

L'innovatività del SISR è riscontrabile nei seguenti elementi:

- o **modalità di finanziamento del progetto:** la soluzione non ha costi per il Sistema Sanitario, in quanto si autofinanzia. I risparmi conseguiti mediante l'utilizzo della soluzione consentono il ritorno dell'investimento sostenuto senza gravare sul bilancio della Regione o del SSN;
- o **portata del progetto:** fino ad ora soluzioni di gestione del farmaco sono state implementate unicamente a livello di singolo reparto o di Ospedali di medie dimensioni. Il SISR, per la prima volta in Italia, prevede l'implementazione della soluzione su un'intera regione, andando ad uniformare le modalità di gestione del farmaco non solo tra i diversi reparti di uno stesso ospedale, ma addirittura tra le diverse Zone Territoriali dell'ASREM. Grazie al progetto, quindi, è possibile per l'ASREM definire e realizzare una strategia omogenea di gestione ed erogazione del servizio sanitario a livello regionale.

Il progetto di gestione della logistica del farmaco (Salvafarmaco) ha attivato il primo sito (in via sperimentale nel presidio ospedaliero di Larino) il 19 ottobre 2006.

E' previsto il completamento dell'intera infrastruttura regionale entro marzo 2007.

Contenuti principali del progetto sono:

- Tracciabilità completa delle somministrazioni
- Gestione della singola dose di farmaco
- Creazione di un magazzino unico
- Accorciamento della catena logistica e riduzione delle immobilizzazioni per scorte
- Valutabilità dell'appropriatezza prescrittiva mediante l'implementazione e monitoraggio dei protocolli diagnostico terapeutici
- Gestione della "console" di monitoraggio dei consumi e degli approvvigionamenti
- Riallocazione tempestiva dei prodotti a rischio di scadenza in aree di consumo più frequente
- Utilizzo degli armadi robotizzati per il potenziamento del servizio di somministrazione del primo ciclo di terapia alla dimissione o in esito a visita specialistica
- Monitoraggio degli approvvigionamenti dei servizi di continuità assistenziale, di residenze protette, di hospice

Elementi caratterizzanti il sistema sono:

- la gestione della terapia (prescrizione e somministrazione) direttamente al letto del paziente tramite tablet PC collegati mediante rete wireless al sistema di gestione
- l'implementazione ed utilizzo di protocolli diagnostico/terapeutici atti a monitorare i processi assistenziali e l'utilizzo di farmaci di alto costo o di nuova introduzione
- la gestione del prontuario terapeutico di presidio/regionale quale riferimento preferenziale nella selezione della terapia da parte del medico prescrittore
- la protezione dei farmaci disponibili presso ciascun reparto, mediante la custodia in armadi robotizzati di reparto, in grado di gestire le singole dosi residue sul carrello di terapia
- la presenza di un flusso dati continuo tra armadi di reparto e farmacie di presidio tale da ridurre al minimo l'intervento manuale nelle fasi di ripristino delle scorte
- la possibilità, mediante la "console" di monitoraggio, di poter rideterminare le necessità di approvvigionamento sulla base di tre fattori: consumi storici, scorte attuali, materiali già prenotati per la somministrazione.

Nell'area pubblica del portale Salvafarmaco.it, inoltre, il cittadino/contribuyente può verificare in tempo reale lo stato di attuazione del progetto e l'andamento di alcuni indicatori di attività/efficacia, incoraggiando in questo modo la partecipazione attiva del cittadino alla razionalizzazione dell'uso della risorsa farmaco.

In particolare si individuano, nell'ambito del progetto, le seguenti misure:

- ***Protezione delle scorte di reparto mediante attivazione del sistema basato su armadi robotizzati***

La misura è conseguenza dell'uso del sistema di stivaggio in armadi di dispensazione di reparto e di gestione del carrello di terapia. La maggiore efficacia prevista è su prodotti di uso generale, non oncologici, che rappresentano circa i due terzi della spesa complessiva (60%). L'impatto della misura a regime è compreso (facendo riferimento ad altre installazioni analoghe in alcune regioni

in particolare del nord- Italia) in una forbice che oscilla tra il 15% ed il 20% del valore dei consumi ospedalieri.

- **Riduzione degli immobilizzi dovuti a scorte e del rischio di scadenza**

La misura si realizza mediante l'attivazione del sistema Salvafarmaco e consentirà, a regime, di ridurre di circa il 40% le scorte presso reparti e farmacie centrali (dati di attivazione del sistema presso P.O. Larino).

In questa quota può ritenersi contenuta la riduzione delle alienazioni di farmaci per scadenza.

METODOLOGIA DI CALCOLO

Protezione delle scorte di reparto mediante attivazione del sistema basato su armadi robotizzati

La misura è conseguenza dell'uso del sistema di stivaggio in armadi di dispensazione di reparto e di gestione del carrello di terapia. La maggiore efficacia prevista è su prodotti di uso generale, non oncologici, che rappresentano circa i due terzi della spesa complessiva (60%). L'impatto della misura a regime è compreso (facendo riferimento ad altre installazioni analoghe in alcune regioni in particolare del nord- Italia) in una forbice che oscilla tra il 15% ed il 20% del valore dei consumi ospedalieri. Pertanto il risparmio a regime è valutabile in circa il 9% della quota di spesa.

Riduzione degli immobilizzi dovuti a scorte e del rischio di scadenza

La misura si realizza mediante l'attivazione del sistema Salvafarmaco e consentirà, a regime, di ridurre di circa il 40% le scorte presso reparti e farmacie centrali (dati di attivazione del sistema presso P.O. Larino). Considerando un onere finanziario pari al 3,50% annuo (tasso ufficiale di interesse) da applicarsi sul 50% delle forniture, **l'impatto della misura può essere quantificato in circa 50.000 euro/anno, pari allo 0,7% della spesa.**

In questa quota può ritenersi contenuta la riduzione delle alienazioni di farmaci per scadenza.

Nel corso del 2008 e 2009, essendo la misura strutturata sui 12 mesi, l'impatto economico complessivo può essere quantificato in circa euro 1.300.000,00. La valorizzazione economica (anno 2007) di cui al presente obiettivo è ricompresa in quella relativa all'obiettivo 15.5. Nella seguente tabella è riassunto l'effetto complessivo della misura per gli anni 2008 e 2009.

(Tab A050-1)

Quota di spesa farmaceutica non convenzionata	14.000.000
Stima risparmio protezione scorte di reparto 2008 - 2009 (pari a circa il 9% della spesa)	1.260.000
Stima risparmio riduzione immobilizzi 2008-2009 (pari a circa lo 0,35% della spesa)	50.000
Risparmio complessivo 2008-2009	1.310.000,000

INDICATORI

Sistema di indicatori di risparmio in attuazione al contratto SISR Lotto 2 (Salvafarmaco)

FONTI DI VERIFICA

Quantificazione degli indicatori di risparmio e razionalizzazione entro 28 febbraio 2008.

15.2 Individuazione dei centri per la redazione dei piani terapeutici

DESCRIZIONE

Le specialità medicinali ed i medicinali a denominazione comune autorizzati all'immissione in commercio possono essere erogati in regime SSN secondo quanto previsto dal DM 27.9.2002.

La classe a), ove sono inclusi per definizione farmaci essenziali e farmaci per le malattie croniche secondo l'originaria definizione prevista dalla L. 537/93, è suddivisa in due fasce (A e H).

Nel gruppo H sono contemplati medicinali che per le caratteristiche farmacologiche o per innovatività, per modalità di somministrazione o per altri motivi di tutela della salute pubblica <<.. hanno impiego limitato all'ambito ospedaliero o agli ambulatori specialistici, secondo le specifiche prescrizioni contenute nei relativi decreti di autorizzazione all'immissione in commercio o in provvedimenti modificativi degli stessi.>>

La Determinazione AIFA del 25.7.2005 definisce le modalità di fornitura dei farmaci in ragione della loro classificazione.

La citata determina per i farmaci classificati in fascia H prevede diversi regimi di fornitura ed in particolare evidenzia:

- OSP 1 se utilizzabile esclusivamente in ambiente ospedaliero
- OSP 2 se utilizzabile esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambito extraospedaliero **secondo le disposizioni delle Regioni e Province autonome.**

Il DPR 20 ottobre 1992 che regola l'attività dell'istituto del day-hospital, all'art. 6 prevede che,

nell'ambito di cicli di cura programmati alternativi al regime di ricovero in day hospital, << l'ospedale possa fornire eventuali farmaci che l'assistito debba assumere presso il proprio domicilio, ivi compresi quelli autorizzati al solo uso ospedaliero >>

Inoltre sono sempre più numerosi i farmaci di fascia H, classificati ai fini della fornitura OSP 2 autorizzati all'immissione in commercio dall'Agenzia Italiana del Farmaco per uso extraospedaliero **secondo disposizioni delle Regioni e delle Province autonome.**

La circolare AIFA n. DG/AIFA 90954 del 29.11.2005 concerne la particolare rilevanza che rivestono i farmaci di fascia H ed in particolare che detti farmaci << richiedono ai fini dell'effettivo accesso dei pazienti, alcuni provvedimenti regionali,>>.

Si è realizzato un deciso incremento di spesa tra gli anni 2005 – 2006 da imputare alla dispensazione di farmaci OSP per un uso extra ospedaliero, che, a titolo esemplificativo, per la ASREM zona Campobasso è pari a:

Anno 2005	Anno 2006	differenza
1.140.642,14	1.408.010,05	267.367,91

Si determina quindi la necessità di regolamentare l'uso extraospedaliero dei farmaci classificati ai fini della fornitura OSP 1 ed OSP 2:

- riservare l'uso del farmaco OSP 1 all'ambito dei Presidi Ospedalieri delle ASL attraverso il ricovero ordinario, il Day Hospital, la Day Surgery, l' Assistenza Domiciliare Ospedaliera (ADO) o in regime ambulatoriale della stessa struttura ospedaliera;
- le AASSLL potranno valutare la possibilità di erogare i farmaci OSP 1 al fine di garantire la continuità terapeutica ai pazienti affetti da fibrosi cistica, da malattie rare, da neoplasie maligne incluse quelle ematologiche ed in casi particolari anche i farmaci OSP 1 che per modalità di somministrazione siano compatibili con l'uso domiciliare;
- per l'uso domiciliare dei farmaci OSP 2, verranno individuati Centri Regionali di riferimento dotati di specifiche competenze e di elevata specializzazione per la redazione dei piani terapeutici al fine di consentire un adeguato controllo e monitoraggio della prescrizione;
- verranno infine definite modalità di erogazione dei suddetti farmaci da parte delle farmacie delle strutture ospedaliere prevedendo eventuali forme di compensazione con strutture accreditate operanti sul territorio regionale.

Strumenti adottati

Costituzione dei centri per la redazione dei piani terapeutici

METODOLOGIA DI CALCOLO

Mancano dati di letteratura utili ad una quantificazione dei risparmi. Obiettivo plausibile è fermare nel 2007-2008, l'incremento di spesa registrato, e realizzare un'economia pari al 10% nel 2009 sull'importo regione pari a circa 4.200.000,00 euro. Risparmio previsto dunque per il 2009 pari a 420.000,00 euro.

Spesa farmaci OSP 1 ed OSP2 Regione anno 2006	4.200.000
Stima risparmio 2009 (pari al 10% della spesa Regione anno 2006)	420.000

INDICATORI

Spesa per farmaci fascia H rapportata al numero di Pz in trattamento.

FONTI DI VERIFICA

- DGR di individuazione dei centri abilitati alla redazione dei piani terapeutici entro 31 maggio 2007
- Dati di spesa per i farmaci interessati entro 31 dicembre 2007-2008-2009

15.3 Unificazione del sistema di approvvigionamento

DESCRIZIONE

La misura, già introdotta nel corso del 2006, a seguito della costituzione dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASREM), ha prodotto ad oggi una riduzione della spesa farmaceutica non convenzionata di circa euro 300.000,00 (trecentomila/00).

Per dare piena attuazione all'azione di livellamento dei prezzi di acquisto e per giungere a condizioni economiche migliori anche in virtù di maggiori volumi ordinabili, è in corso di preparazione la Gara regionale di acquisto dei farmaci anche sulla base del nuovo prontuario ospedaliero regionale.

Il relativo capitolato, su un orizzonte temporale di 5 anni prevede una spesa presunta di circa 75mln di euro. E' in corso di definizione l'attuale lista dei bisogni regionali che verrà posta a confronto il Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR) per addivenire alla lista definitiva dei farmaci messi a gara.

Una clausola del capitolato garantisce la sospensione o l'interruzione dell'ordinazione dei prodotti che non risultassero più utilizzabili a seguito di variazioni di indirizzi terapeutici contenuti nel redigendo PTOR.

Strumenti adottati

Gara regionale di acquisto dei farmaci anche sulla base del nuovo Prontuario Ospedaliero Regionale

METODOLOGIA DI CALCOLO

La stima dell'impatto economico di tale verifica è effettuata a partire dai risultati ottenuti da esperienze analoghe sul territorio nazionale. L'esperienza delle Aree vaste della regione Toscana, ad esempio, ha consentito di conseguire un'economia dell'8%.

La relativa valorizzazione, che dispiegherà i suoi effetti a partire dal 2008, può essere stimata in circa 1.200.000,00 euro/anno.

Quota di spesa farmaceutica non convenzionata	14.000.000
Stima risparmio 2008 - 2009 (pari a circa l'8% della spesa)	1.204.000

INDICATORI

- Redazione capitolato
- Espletamento gara

FONTI DI VERIFICA

- DGR concernente la ricognizione dell'avvenuta unificazione dei sistemi di approvvigionamento dei farmaci, con riferimento a quanto disposto con DGR n. 1423/2004 e con legge regionale n. 9 del 2005 di riordino del Servizio Sanitario Regionale nonché ricognizione della redazione del capitolato di gara e dei successivi atti applicativi (delibera indizione, pubblicazione del bando) entro 30 giugno 2007
- DGR relativa a sanzioni da applicare nei confronti degli amministratori che non si adeguano alle misure di razionalizzazione adottate entro 30 giugno 2007.
- DGR di ricognizione dell'aggiudicazione della gara entro 31-dicembre-2007

15.4 Potenziamento dell'utilizzo dei farmaci generici in ambito ospedaliero

DESCRIZIONE

L'adozione dei farmaci generici costituisce un'opportunità importante per il conseguimento di economie consistenti. Fattore chiave è la tempestività con la quale l'organizzazione deve cogliere l'opportunità offerta dall'introduzione del generico e quindi della raccolta del relativo beneficio economico.

In questo senso viene svolto un monitoraggio attento delle molecole in scadenza che, per gli anni 2007-2008 risultano essere 23 delle quali 10 risultano attualmente di interesse per il sistema ospedaliero molisano.

Tra queste spiccano alcune molecole chiave in campo oncologico (Paclitaxel), nel campo dell'antibiotico terapia, e nel trattamento delle broncopatie cronico ostruttive e nel campo degli ipolipemizzanti.

STRUMENTI ADOTTATI

Sostituzione farmaco a brevetto scaduto con il corrispondente generico

METODOLOGIA DI CALCOLO

Il potenziale di risparmio calcolato risulta, per il solo Paclitaxel pari a circa 600.000 euro/anno su base regionale (scadenza brevetto 2006). Sulle restanti molecole, per un importo complessivo attuale di circa 1.350.000 euro, sulla base dei risparmi conseguiti nel 2006 e 2005 in relazione all'introduzione dei generici resisi disponibili in quegli anni, la riduzione media del 40% dei costi consentirà un'ulteriore economia stimabile in 540.000 euro a regime (fine 2008) ed in media, nel triennio 2007-2009, 400.000 euro/anno circa.

Consumi e risparmi attesi per specialità nella Classe dei Taxani (Taxol + Taxotere)

(Tab A050-2)

Consumo Regionale	Spesa annua per Specialità	Costo medio Farmaco Generico circa 10% della specialità	Spesa annua generico	Risparmio annuo (Spesa annua Specialità - Spesa annua Generico)
Anno 2006				
	613.000	28	61.000	552.000

Stima risparmio introduzione generici diversi dalla famiglia dei Taxani

(Tab A050-3)

Spesa Specialità medicinali con brevetto in scadenza 2007-2008	Risparmio atteso 40% rispetto alla spesa 2006		Spesa Specialità a brevetto scaduto	Risparmio medio presunto nel triennio 2007-2009
anno 2006	a fine 2008			(per anno)
1.350.000	540.000		810.000	400.000
Anno	2007	2008	2009	
Risparmio	155.250,00	371.250,00	675.000,00	1.201.500,00
% passaggio al generico	23%	55%	100%	

La cifra emerge dall'applicazione della quota stimata all'11,2% dei farmaci in scadenza negli anni 2007-2008 rispetto alla spesa complessiva ospedaliera.

Su questa quota è calcolato un risparmio a regime (2009) del 50% rispetto alle equivalenti specialità.

INDICATORI

Stipula contratto di fornitura.

FONTI DI VERIFICA

DGR ricognitiva dei contratti di fornitura dei farmaci generici entro 31 dicembre 2007-2008-2009.

15.5 Elaborazione del Piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera al fine di accedere al finanziamento di cui al comma 181 della legge 311/2004

DESCRIZIONE

Con deliberazione della Giunta Regionale n. 169 in data 27 febbraio 2007 si è proceduto all'approvazione del Piano per il contenimento della spesa farmaceutica non convenzionata ai sensi di quanto disposto dall'art. 1, comma 796, lett. l), punto 2 della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Legge finanziaria 2007).

Saranno puntualmente poste in essere le misure applicative previste dal Piano secondo le stabilite scadenze temporali.

STRUMENTI ADOTTATI

Adozione del piano di contenimento della spesa farmaceutica

METODOLOGIA DI CALCOLO

La metodologia di calcolo è quella descritta nel Piano per il contenimento della spesa farmaceutica non convenzionata. Il risparmio quantificato per il periodo di riferimento del piano operativo (2006-2007) è pari a 3,020 mln di euro, che può considerarsi equivalente al risparmio per l'anno 2007, in quanto prudenzialmente talune misure non sono state valutate ed in ogni caso le misure che hanno avuto effetto nel 2006, continueranno a produrre risparmi anche in futuro.

Schema di sintesi delle azioni intraprese/programmate e relativo risparmio realizzato/ atteso per il periodo di riferimento del Piano operativo.

Anno	Azione (Regione/ASReM)	Risparmio (€)
2006	Livellamento forniture farmaci sul territorio regionale	400.000,00
2007	Livellamento forniture farmaci sul territorio regionale	n.v.
2006	Controllo farmaci innovativi <i>Installazione programma presso l'AreM – zona di Campobasso -</i>	-----
2007	Controllo farmaci innovativi	n.v.
2007	Gare di equivalenza terapeutica - Definizione capitolato speciale di gara presumibilmente entro il mese di gennaio 2007 - Elaborazione documento di equivalenza terapeutica presumibilmente entro il mese di febbraio 2007 - Espletamento procedura di gara presumibilmente entro il mese di giugno 2007	n.v.
2006	Gara regionale approvvigionamento farmaci con diminuzione prezzi rispetto all'anno 2005. <i>Disposizioni sull'indizione della gara unica regionale e avvio redazione:</i> - elenco molecole da porre a base di gara - capitolato speciale di gara	-----
2007	Gara regionale approvvigionamento farmaci con diminuzione prezzi rispetto all'anno 2005. <i>Conclusione redazione:</i> - elenco molecole da porre a base di gara - - capitolato speciale di gara - presumibilmente entro il mese di febbraio 2007 -	10% della spesa farmaci anno 2005 10% di 14, 000 milioni = 1,400 milioni
2006	Adozione PTOR Disincentivazione utilizzo molecole esterne al PTOR <i>Adozione Protocollo d'Intesa tra la regione Molise e l'Università degli studi del Molise, recante, tra l'altro, la disciplina dei rapporti per la stesura, aggiornamento e revisione del PTOR</i>	-----
2007	Adozione PTOR Disincentivazione utilizzo molecole esterne al PTOR	170.000,00
2005	SISR – Sistema Informativo sanitario della Regione Molise – Sintesi di progetto lotto 2 Gestione della logistica del farmaco in ambito ospedaliero. <i>Indizione gara ed affidamento in service gestione integrata regionale logistica del farmaco</i>	-----
2006	SISR – Sistema Informativo sanitario della Regione Molise – Sintesi di progetto lotto 2 Gestione della logistica del farmaco in ambito ospedaliero. <i>Attivazione primo sito (in via sperimentale nel presidio ospedaliero di Larino) il 19 ottobre 2006.</i>	-----
2007	SISR – Sistema Informativo sanitario della Regione Molise – Sintesi di progetto lotto 2 Gestione della logistica del farmaco in ambito ospedaliero. <i>Completamento dell'intera infrastruttura regionale entro marzo 2007.</i> <i>Misura 1. Protezione delle scorte di reparto mediante attivazione del sistema basato su armadi robotizzati.</i> <i>Misura2. Riduzione degli immobilizzi dovuti a scorte e del rischio di scadenza.</i>	1 milione 50.000,00/anno negli anni successivi al 2007
Totale		3,020 milioni

INDICATORI

Gli indicatori sono quelli che concretizzano l'insieme delle azioni intraprese e programmate nel Piano.

FONTI DI VERIFICA

DGR n.169 del 27.2.2007, avente ad oggetto << Legge 27.12.2006, n.296, art. 1, comma 796, lett.l), punto 2 : “Piano per il contenimento della spesa farmaceutica non convenzionata”. Provvedimenti >>, trasmesso ai Ministeri Salute ed Economia con comunicazione e.mail 28.2.2007.

16 Implementazione contabilità analitica per centri di costo

16.1 Affinamento del sistema aziendale unico di Contabilità Analitica, con disponibilità di dati consolidabili provenienti dalle diverse zone ASREM., confluenti nel Datawarehouse

DESCRIZIONE

Implementazione ed affinamento del sistema di contabilità analitica, collegata al budget, che consenta di ottenere tutte le informazioni utili e necessarie per una serie di decisioni:

- strategiche e di programma;
- operative;
- di convenienza economica;
- di valutazione del contributo di singole aree del profitto aziendale.

Il processo di affinamento ed implementazione del sistema, già adottato dalle preesistenti aziende sanitarie locali, come previsto dalla l.r. 14 maggio 1997, n. 12, si rende necessario a seguito della recente costituzione dell'azienda unica regionale (A.S.Re.M.) a far data dal 1 gennaio 2006.

Ai sensi della l.r. 1 aprile 2005, n. 9 l'azienda sanitaria unica regionale, difatti, si articola in quattro zone territoriali, ciascuna dotata di autonomia tecnico - gestionale ed economico finanziaria, con contabilità separate all'interno del bilancio A.S.Re.M. e soggette a rendicontazione analitica.

Pertanto, il predetto miglioramento della contabilità analitica, è diretto ad ottenere:

- puntuali verifiche dell'efficienza aziendale, mediante il raffronto tra dati standard e dati consuntivi;
- una più completa programmazione dell'attività aziendale;
- maggior controllo dello svolgimento dell'attività per verificare se viene attuata secondo le linee del programma;
- valutazione dei risultati economici riferiti a particolari attività;
- informazioni utili per le politiche aziendali.

L'obiettivo è quello, pertanto, di poter disporre di dati consolidabili provenienti dalle diverse Zone ASREM in diverse aree di competenza, primi tra tutti il bilancio, il personale e gli acquisti, oltre alle altre articolazioni organizzative.

STRUMENTI ADOTTATI

a) Completamento della rete informatica regionale che consenta una ottimale trasmissione dei flussi informativi;

b) Costituzione all'interno dell' A.S.Re.M., del *Datawarehouse* orientato al *Governo Clinico* della struttura sanitaria pubblica. La nuova struttura dati che ne deriverà attingerà a quanto già realizzato all'interno dei dipartimenti aziendali in modo da ottimizzare l'utilizzo di risorse ed evitando di duplicare attività o mansioni. La responsabilità delle differenti fonti dei dati che entreranno nel *Datawarehouse* rimarrà ai singoli dipartimenti per le quali sono nati e continueranno ad essere utilizzate per gli obiettivi ad esse specifici. Risulterà fondamentale,

all'uopo, scegliere nei singoli archivi le sole informazioni significative ai fini degli utilizzi che si intenderà fare del database integrato, in modo da non appesantire lo stesso con dati poco fruibili facendolo diventare, di fatto, un doppione rispetto ai singoli archivi dipartimentali.

Il suddetto obiettivo, *id est* di poter disporre di dati consolidabili provenienti dalle diverse Zone ASREM in diverse aree di competenza, è dunque perseguibile attivando un apposito flusso dati a qualità controllata dai sistemi di zona, verso il *Datawarehouse* ASREM.

Ciò si rende possibile mediante uno strumento di interscambio (Emerodromos), basato su tecnologia WEB, che consente di acquisire flussi dati in formato XML (estratti dai sistemi di Zona) e farli convergere in un database di consolidamento, passando attraverso opportune tabelle di riclassificazione.

L'applicativo WEB citato, consente inoltre l'acquisizione, validazione e consolidamento di informazioni rilevate manualmente e che dovessero rendersi necessarie per l'attivazione del flusso dati o per il suo completamento.

METODOLOGIA DI CALCOLO

L'obiettivo non è quantificabile in via immediata in termini di riduzione della spesa sanitaria; tuttavia riveste una rilevanza notevole in quanto, come è noto, la realizzazione di un sistema ottimale di contabilità analitica, intesa come complesso di rilevazioni sistematiche, a periodicità infrannuale, volte alla determinazione di costi, ricavi e risultati analitici della produzione aziendale, ha tra i suoi scopi, *in primis*, il controllo dei costi al fine di attuare politiche di riduzione degli stessi.

INDICATORI

- d) Scostamenti, da parte della direzione aziendale unica, per verificare l'andamento dei costi rispetto alle previsioni;
- e) Flussi di dati aziendali, derivanti dall'attuazione del controllo di gestione;
- f) Appropriatezza delle appostazioni contabili nelle quattro zone in cui si divide l'A.S.Re.M.

FONTI DI VERIFICA

- a) Deliberazione di Giunta regionale (ivi allegata in bozza), che impartisca le seguenti direttive al Direttore Generale della A.S.Re.M., con le cadenze temporali e le sanzioni di seguito riportate:
 - 1. - 30 luglio 2007 verifica dell'adozione di un unico ed integrato piano dei centri di costo e di responsabilità entro il 30 maggio 2007 attivazione della *Datawarehouse* dell'A.S.Re.M.;
 - 2. - entro il e predisposizione dell'elenco dei fattori produttivi;
 - 3. - entro il 30 settembre 2007 conclusione del processo di *budgeting* mediante il coinvolgimento di tutti i centri di responsabilità definiti all'interno dell'organizzazione aziendale;
 - 4. - entro il 31 dicembre 2007 invio alla competente struttura regionale di una relazione dettagliata sulla verifica dei risultati ottenuti rispetto a quanto preventivato, evidenziando eventuali scostamenti intervenuti o gli elementi che possano aver determinato scostamenti nella gestione. Qualora dalle verifiche effettuate emergessero elementi di possibile squilibrio finanziario ed economico, indicazione degli opportuni correttivi adottati o da adottare per riportare in equilibrio la gestione;
 - 5. - entro il 30 giugno 2008 funzionamento a regime del sistema sopra descritto, nel pieno rispetto delle consuete scadenze trimestrali, alle quali verrà effettuato il controllo da parte della competente struttura regionale, con coinvolgimento del Servizio Informativo Regionale sulla qualità dei dati .

La puntuale osservanza di quanto sopra riportato rientra tra gli obiettivi primari assegnati al Direttore Generale dell'A.S.Re.M. cui viene assegnato un peso medio/ alto ai fini della valutazione dell'operato dello stesso.

Il mancato rispetto di quanto previsto negli obiettivi assegnati ai vari centri di responsabilità, può comportare una proporzionale penalizzazione della retribuzione di risultato dell'utilizzatore di spesa preposto.

b) Documentazione probatoria degli indicatori.

17 Conseguimento dei risparmi previsti dalla normativa nazionale

17.1 Misura nazionale AIFA – DETERMINAZIONE 27 settembre 2006: effetto sul 13%

DESCRIZIONE

Rispetto del tetto programmato per la spesa farmaceutica convenzionata del 13% anche mediante la manovra AIFA

L'aumento fatto registrare nella regione Molise della spesa farmaceutica convenzionata per il 2006 (dati consolidati gen-nov 2006) si aggira per la

spesa lorda intorno al 2% (1,9% gen-nov). Il dato di spesa netta, invece, risente nel periodo del delta derivante dalla sospensione dello sconto nel corso del 2005 e fa segnare un + 5,4% nel periodo gen-nov rispetto all'analogo periodo 2005.

La manovra AIFA, dunque consentirà, sia pur prevalentemente nel corso del 2007, di rientrare ampiamente (per competenza) nel tetto di spesa programmato.

Il dato sulla spesa netta procapite regionale si attesta in assoluta armonia con la media nazionale che presenta tuttavia notevolissime oscillazioni (dati ASSR).

STRUMENTI ADOTTATI

Monitoraggio e controllo regionale per l'esecuzione delle disposizioni di riduzione di cui ai provvedimenti AIFA, ovvero delle disposizioni di cui alla legge finanziaria 2007 (meccanismo di pay back)

MODALITA' DI CALCOLO

Lo sconto AIFA (ipotizzando la durata della manovra AIFA in un anno a partire da Ottobre 2006 e che pertanto terminerebbe a settembre 2007) avrà un impatto significativo nell'anno 2007 e sarà misurabile confrontando i dati relativi alla spesa farmaceutica convenzionata confrontando il periodo dell'anno 2007, caratterizzato dall'operatività dello sconto, con l'analogo periodo dell'anno precedente. Non è possibile valutare l'impatto di tale intervento isolatamente.

INDICATORI

Flusso informativo

FONTI DI VERIFICA

Documentazione probatoria: dati di spesa farmaceutica convenzionata entro 31 gennaio 2008-2009-2010.

17.2 Misura nazionale AIFA – DETERMINAZIONE 27 settembre 2006: effetto sul 3%

DESCRIZIONE

Rispetto del tetto per la spesa farmaceutica non convenzionata pari al 3% anche mediante la manovra AIFA

STRUMENTI ADOTTATI

Si veda il punto 17.1

METODOLOGIA DI CALCOLO

Non è possibile valutare l'impatto di tale intervento isolatamente.

INDICATORI

Dati riferiti allo sconto di legge

FONTI DI VERIFICA

Documentazione probatoria: dati contabili modello CE voce: B0020 (loro scadenze)

Rendicontazione dei dati riferiti agli sconti di legge 31 dicembre 2007-2008-2009

17.3 Maggiori entrate da ticket sulla specialistica e ticket sul pronto soccorso – codici bianchi – settore pubblico

DESCRIZIONE

A seguito dell'entrata in vigore della legge finanziaria 2007, la Regione ha previsto, a carico degli assistiti non esentati dalla quota di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e con decorrenza 1° gennaio 2007:

- a) il pagamento di una quota fissa sulla ricetta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale pari a 10 Euro;
- b) il pagamento di una quota fissa pari a 25 Euro per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso ospedaliero non seguite da ricovero, la cui condizione è stata codificata come codice bianco, ad eccezione di quelli afferenti al pronto soccorso a seguito di traumatismi ed avvelenamenti acuti.

STRUMENTI ADOTTATI

Per quanto innanzi, è stata emanata una specifica circolare ed è stata avviata una attività ricognitiva sulle singole zone ASREM per permettere la sottoposizione alla disamina della Giunta di un nuovo documento inerente la disciplina del triage di pronto soccorso e monitoraggio delle attività intraprese in merito, oltre ad una rimodulazione del CUP per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.

METODOLOGIA DI CALCOLO

L'intervento è valutato produrre entrate pari a 1,992 mln di euro nel 2007, 2,048 mln di euro nel 2008 e 2.048 mln di euro nel 2009.

INDICATORI

Flussi informativi ASREM

FONTI DI VERIFICA

DGR entro 30 giugno 2007 ricognitiva per l'adozione di un modello organizzativo uniforme ai sensi delle nuove disposizioni di legge finanziaria.

17.4 Minori spese da sconto da laboratori privati, farmaci *off label*, dispositivi medici e ticket presso strutture private

DESCRIZIONE

a) emanazione specifica circolare interpretativa in ordine all'uniforme applicazione delle disposizioni di legge finanziaria relative all'introduzione, a decorrere dal 1° gennaio 2007:

- 1) delle misure di sconto da laboratori privati;
- 2) della quota di partecipazione alla spesa sanitaria (ticket) sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

b) sono state emanate le disposizioni attuative della norma finanziaria riguardante i farmaci off.label.

c) trasmissione al Ministero della Salute, Direzione generale dei Farmaci e Dispositivi medici, anche per il tramite dell'Agenzia per i Servizi Sanitari regionali – ASSR – dei prezzi unitari corrisposti dalle aziende sanitarie nel corso del biennio 2005 – 2006;

- avvio della procedura, i cui aspetti gestionali sono stati definiti in sede di riunione tecnica con i referenti regionali per i dispositivi medici – tenutasi in data 13 febbraio 2007, presso il Ministero della Salute, Commissione Unica Dispositivi Medici (CUD) – fornendo formale indirizzo, con nota prot. 3515 del 19 febbraio 2007, al Direttore Generale dell'ASREM, relativo all'attività di invio, per il tramite delle U.O. di Farmaceutica Ospedaliera, dei dati di cui alla norma finanziaria - mediante l'utilizzo di una scheda in formato excel trasmessa via e-mail dall'ASSR alla struttura regionale.

STRUMENTI ADOTTATI

Attuazione adempimenti legge finanziaria 2007

Osservatorio regionale per il monitoraggio delle misure di contenimento di cui al presente obiettivo, stabilite della norma finanziaria

METODOLOGIA DI CALCOLO

Non è possibile valutare l'impatto di tale intervento isolatamente.

INDICATORI

Flussi informativi Costituzione Osservatorio Regionale per il Monitoraggio delle spese da sconto da laboratori privati, farmaci off label, dispositivi medici e ticket presso strutture private

FONTI DI VERIFICA

DGR 9 febbraio 2007, n. 111; DGR 27 febbraio 2007, n. 168; DGR 27 febbraio 2007, n. 163

DGR costitutiva dell'Osservatorio Regionale per il Monitoraggio delle spese da sconto da laboratori privati, farmaci off label, dispositivi medici e ticket presso strutture private, entro 30 settembre 2007.

17.5 Adozione dei provvedimenti per il contenimento della spesa per il personale

Premessa

Al fine della verifica dell'obiettivo di contenimento della spesa del personale, in coerenza con Legge finanziaria per il 2007 e la normativa vigente di settore, è predisposta una rilevazione mediante la compilazione di due tabelle da effettuarsi da parte di ciascuna azienda ed ente del Servizio sanitario regionale (SSR) e da parte della regione per il riepilogativo regionale:

- **Tabella 1** con la quale deve essere rilevata la situazione di organico e di spesa complessiva del personale dell'anno 2004, anno di riferimento dell'obiettivo di contenimento di detta spesa.

Ogni tabella 1, debitamente compilata da ciascuna azienda ed ente del SSR e dalla regione per il riepilogativo regionale, sarà inviata dalla regione al Ministero dell'economia e finanze e al Ministero della salute entro il 30 aprile 2007.

- **Tabella 2** con la quale deve essere rilevata, per ogni trimestre e a consuntivo di ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009, la situazione di organico e di spesa complessiva del personale..

Ogni tabella 2, debitamente compilata da ciascuna azienda ed ente del SSR e dalla regione per il riepilogativo regionale, sarà inviata dalla regione al Ministero dell'economia e finanze e al Ministero della salute entro il mese successivo alla scadenza del trimestre di riferimento ed entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento per il consuntivo.

Al fine di rendere coerente tale rilevazione con gli analoghi dati inviati dalle aziende per il conto annuale e per il monitoraggio trimestrale, la compilazione delle tabelle deve fare riferimento ai criteri di competenza economica e alle istruzioni relative al conto stesso, salvo quanto specificato di seguito.

I valori di spesa relativi sia all'anno 2004 (Tabella 1) sia a ciascuno dei periodi oggetto di rilevazione per gli anni 2007, 2008 e 2009 (Tabella 2) non devono contenere eventuali oneri per arretrati relativi ad anni precedenti per il rinnovo dei Contratti collettivi nazionali di lavoro. Tali arretrati devono essere considerati comprensivi dei contributi a carico dell'amministrazione e dell'IRAP.

Inoltre nella Tabella 2 è prevista la colonna (9) nella quale deve essere indicata la quota parte delle spese di competenza del periodo di riferimento derivanti dal rinnovo dei Contratti collettivi nazionali di lavoro intervenuti successivamente all'anno 2004. Tale colonna si rende necessaria al fine di valutare il totale delle spesa di personale al netto di detti oneri, così come previsto dal piano di rientro.

Gli importi di spesa devono essere espressi in migliaia di euro.

Macrocategorie di personale

Personale a tempo indeterminato:

Per le spese per competenze fisse e accessorie di tali categorie di personale si fa riferimento rispettivamente alle tabelle 12 e 13 del conto annuale.

Per la consistenza del personale si fa riferimento alle unità presenti al termine del periodo considerato.

- **Medici**

Vanno rilevati i dirigenti appartenenti alle categorie dei medici, veterinari ed odontoiatri a tempo indeterminato nonché quelli a tempo determinato ex art. 15 septies del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni.

- **Dirigenti non medici**

Vanno rilevati i dirigenti non medici dei ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo, a tempo indeterminato nonché quelli a tempo determinato ex art. 15 septies, del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni.

- **Personale non dirigente**

Va rilevato il personale dipendente a tempo indeterminato destinatario dei CCNL del “comparto sanità”.

- **Personale contrattista**

Va rilevato il personale a tempo indeterminato con contratto di lavoro del settore privato (ad esempio con contratto di lavoro dei chimici, metalmeccanici, operai del settore agricolo, ecc.) nonché gli ex medici condotti nei cui confronti trovano applicazione l’art. 48 del CCNL 3 novembre 2005 e l’art. 4 del CCNL 5 luglio 2006 dell’area della dirigenza medico-veterinaria.

Personale a tempo determinato

Va indicato il totale delle spese per competenze fisse e accessorie facendo riferimento alla tabella 14 – codice P015 del conto annuale.

Va rilevato esclusivamente il dato di spesa relativo a personale dipendente (dirigente e non dirigente) con contratto di lavoro a tempo determinato stipulato in applicazione delle vigenti norme contrattuali disciplinanti tali tipologie di rapporto di lavoro. In tale categoria non vanno indicati i dirigenti medici e non medici a tempo determinato ex art. 15 septies, del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni.

Restante personale

Va rilevato esclusivamente il dato di spesa relativo al personale appartenente alle seguenti categorie:

- Personale con contratto di formazione e lavoro (riferimento tabella 14 – codice P016 del conto annuale);
- Personale addetto ai L.S.U. (riferimento tabella 14 – codice P065 del conto annuale);
- Personale con contratto di fornitura di lavoro temporaneo – interinale (riferimento tabella 14 – codice P062 + codice L105 del conto annuale);

- Personale con contratto di collaborazione coordinata e continuativa e con convenzioni (riferimento tabella 14 – codice L108 del conto annuale).

Spese

Spesa per competenze fisse

Con riferimento a ciascuna categoria va indicato per il periodo di riferimento il totale complessivo degli emolumenti fissi relativi a stipendio, R.I.A., 13^a mensilità (nel trimestre in cui viene corrisposta) al netto dei recuperi derivanti da assenze, ritardi, scioperi, ecc. Vanno comunque esclusi eventuali oneri per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovi contrattuali.

Spesa per competenze accessorie

Va indicato il totale delle competenze accessorie sostenute nel periodo di rilevazione. Vanno comunque esclusi eventuali oneri per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovi contrattuali.

Spese Contributi a carico dell'ente

Va riportato il complesso dei contributi a carico dell'Ente (compresi eventuali premi per assicurazione INAIL). Vanno comunque esclusi eventuali oneri per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovi contrattuali.

IRAP

Vanno riportate le spese con riferimento all'IRAP relativamente alle competenze fisse ed accessorie. Vanno comunque esclusi eventuali oneri per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovi contrattuali.

Altre voci di spesa

Vanno riportate le spese con riferimento a:

- assegni per il nucleo familiare;
- gestione mense e buoni pasto;
- equo indennizzo.

Oneri derivanti dai rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004

Con riferimento alla Tabella A0522, va indicata la quota parte delle spese di competenza del periodo di riferimento derivanti dal rinnovo dei Contratti collettivi nazionali del lavoro intervenuti successivamente all'anno 2004, comprensivi dei contributi a carico dell'azienda e IRAP.

1 Obiettivi

Gli obiettivi di contenimento della spesa del personale in termini assoluti è riportato nello schema che segue dove sono quantificati per i vari anni interessati rispettivamente :

- l'obiettivo di risparmio relativo al personale dipendente in linea la normativa vigente;
- l'obiettivo di spesa relativo al personale dipendente in linea con la normativa vigente;

Tali dati sono desunti dal Conto annuale.

Dati Conto Annuale								
	2004			2005	2006	2007	2008	2009
	<i>spesa complessiva</i>	<i>arretrati anni precedenti</i>	<i>al netto degli arretrati</i>					
Personale a tempo indeterminato	149	10	139					
Restante personale	7		7					
IRAP	10	1	9					
Contributi a carico delle aziende	30	3	27					
Altre voci di spesa	2		2					
Totale	198	14	183					
Effetti di risparmio L.F. 2005				1	3	3	3	3
Effetti di risparmio L.F. 2006					2			
Effetti di risparmio L.F. 2007						3	3	3
Obiettivo di risparmio in linea con il DDLF e la normativa vigente				1	5	5	5	5
Obiettivo di spesa in linea con la normativa vigente*				182	178	178	178	178

Denominazione regione								
Denominazione azienda/ente								
Periodo di rilevazione								
(valori in migliaia di euro)	Totale presenti al 31/12/2004. (1)	Spese per competenze fisse (2)	Spese per competenze accessorie (3)	Totale spese fisse + accessorie (4) = (2) + (3)	IRAP (5)	Spese per contributi a carico dell'azienda (6)	Altre voci di spesa (7)	Totale (8) = (4) + (5) + (6) + (7)
Personale dipendente a tempo indeterminato								
- Medici								
- Dirigenti non medici								
- Personale non dirigente								
- Personale contrattista								
Personale a tempo determinato								
Restante personale								
Totale								

(Tab A052)

Denominazione regione										
Denominazione azienda/ente										
Periodo di rilevazione										
 (valori in migliaia di euro)	Totale presenti al (1)	Spese per competenze fisse (2)	Spese per competenze accessorie (3)	Totale spese fisse + accessorie (4) = (2) + (3)	IRAP (5)	Spese per contributi a carico dell'azienda (6)	Altre voci di spesa (7)	Totale (8) = (4) + (5) + (6) + (7)	<i>di cui derivante dai rinnovi contrattuali intervvenuti successivamente all'anno 2004 (9)</i>	Totale al netto dei rinnovi (10) = (8) - (9)
Personale dipendente a tempo indeterminato										
- Medici										
- Dirigenti non medici										
- Personale non dirigente										
- Personale contrattista										
Personale a tempo determinato										
Restante personale										

18 Rafforzamento della struttura amministrativa ed implementazione dei procedimenti amministrativi.

Uno degli aspetti sui quali la Regione si impegna ad operare è il potenziamento della struttura amministrativa e la rigorosa organizzazione dei procedimenti di monitoraggio, controllo e verifica della spesa sanitaria. Nel dettaglio, l'obiettivo in oggetto si sostanzierà nella riqualificazione e rifunionalizzazione del personale amministrativo verso attività di monitoraggio e controllo con forte implementazione dei processi di informatizzazione connessi agli investimenti per la rete informatica regionale di cui all'art.20 della legge 67/88. verrà altresì assicurato il raccordo di tutti i processi con funzioni già delegate alla società a partecipazione regionale Molise Dati.

18.1 Determinazione del budget per gli erogatori privati e monitoraggio mensile del volume/valore delle prestazioni effettuate

La Regione si impegna alla proceduralizzazione del processo di determinazione, comunicazione e monitoraggio dei budget delle singole strutture erogatrici private al fine di pervenire ad un controllo tempestivo delle prestazioni erogate dalle strutture private per conto del Servizio sanitario regionale.

La struttura amministrativa responsabile del procedimento di predisposizione, comunicazione e monitoraggio dei budget dei singoli erogatori è individuata presso l'Assessorato alla Sanità. La Regione adotta la deliberazione entro **30/3/2007** per l'adozione del piano delle prestazioni, impegnandosi entro il **20/4/2007** alla adozione della DGR per la fissazione dei budget per singolo erogatore e per la approvazione dello schema tipo di accordo.

Alle medesime strutture erogatrici la Regione richiede una rendicontazione mensile delle prestazioni effettuate e del corrispondente costo, da inoltrare alla struttura amministrativa entro il giorno 10 del mese successivo a quello di riferimento. La rendicontazione è prodotta sia in forma cartacea, sia su supporto informatico, secondo un formato standardizzato, predisposto dalla struttura amministrativa. La Regione si impegna ad implementare un procedimento che consenta il monitoraggio mensile delle prestazioni erogate.

I dati relativi ai budget e alle rendicontazioni mensili, per singola struttura erogativa, sono messi a disposizione dalla struttura amministrativa in un *data base* consultabile dalle aziende, dagli Assessorati alla sanità e al Bilancio.

La struttura amministrativa comunica, con periodicità almeno bimestrale, alle strutture erogatrici il livello di budget raggiunto e il livello ancora disponibile.

18.2 Indicatori e fonti di verifica - flussi informativi

I flussi informativi esistenti a livello nazionale, e in particolare i dati trimestrali dei CE e i dati dei modelli LA, come trasmessi, secondo le scadenze previste, al Sistema informativo sanitario, costituiranno la principale fonte di verifica per il monitoraggio dell'andamento della spesa.

A questo scopo la Regione si impegna ad attuare entro il 30 giugno 2007 una revisione delle procedure contabili e amministrative delle aziende per le quali si siano manifestate criticità, ad adottare il nuovo piano dei conti, a definire le regole e le modalità per il consolidamento dei conti e dei bilanci aziendali, ad individuare indicatori da monitorare.

La struttura amministrativa responsabile del procedimento di monitoraggio è individuata presso l'Assessorato alla Sanità. I dati elementari e le loro elaborazioni conseguenti all'attività di verifica periodica degli andamenti, sono messi a disposizione di specifica struttura amministrativa presso l'assessorato alla Sanità.

La Regione si impegna infine ad implementare tutti i flussi informativi utili per il controllo di gestione e ad eseguire i controlli con cadenza idonea ad un'efficace azione di verifica della gestione del Servizio sanitario regionale.

Tutti i flussi informativi sono a disposizione delle strutture amministrative regionali ed aziendali per il monitoraggio e le verifiche di propria competenza.

3 SOSTENIBILITÀ ECONOMICA E FINANZIARIA

A Razionale della sostenibilità economico-finanziaria

Il razionale a base della sostenibilità economico finanziaria si rappresenta con la serie storica dei modelli CE 2001-2005, i cui valori sono allo stato attuale consolidati, e con la rappresentazione dei valori preconsuntivi relativi all'esercizio 2006.

La metodologia seguita prosegue con le seguenti azioni:

- stesura del modello CE 2007-2009 tendenziale (in assenza di interventi) costruito a partire dalle informazioni disponibili e dell'andamento storico della spesa;
- stesura dei modelli CE programmatico 2007-2009, (modello con interventi) le cui risultanze economiche risentono delle azioni positive a programma;
- valorizzazione della portata economica delle azioni influenzabili, commisurata ai livelli di assistenza.

La valorizzazione economica delle azioni prende a riferimento la quota di costi influenzabili per livello di assistenza (territoriale ed ospedaliero), su cui andrà verificata la contrazione dei costi per gli esercizi indicati, attraverso il confronto con i relativi conti economici dettagliati.

B Serie storica dei Modelli LA e CE dal 2001 al 2005

Storico modelli CE dal 2001 al 2005

(Tab A053)

DESCRIZIONE		2001	2002	2003	2004	2005
A) Valore della produzione						
A0010	A. 1) Contributi in e/esercizio	396.911	420.777	414.899	409.699	507.050
A0020	A. 1. a) da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale	394.659	419.879	414.256	407.835	504.241
A0030	A. 1. b) da enti pubblici per ulteriori trasferimenti	2.148	898	558	1.864	2.804
A0040	A. 1. c) da enti privati	104	0	85	0	5
A0050	A.2) Proventi e ricavi diversi	3.909	14.301	4.317	4.752	6.086
A0060	A. 2. a) per prestazioni sanitarie erogate a soggetti pubblici	455	10.158	582	481	307
A0070	A. 2. a)1 ad altre ASI, e A.O. della Regione	268	10.011	184	143	78
A0080	A. 2. a)2 ad altri soggetti pubblici della Regione	184	145	384	299	227
A0090	A. 2. a)3 a soggetti pubblici extra Regione	3	2	14	39	2
A0100	A. 2. b) per prestazioni sanitarie erogate a soggetti privati	1.295	1.556	1.386	1.530	2.211
A0110	A. 2. c) per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia	1.467	1.520	1.807	2.036	2.428
A0120	A. 2. d) per prestazioni non sanitarie	210	324	294	295	348
A0130	A. 2. e) fitti attivi	138	159	142	105	342
A0140	A. 2. f) altri proventi	344	584	106	305	450
A0150	A.3) Concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche	1.778	1.767	2.801	2.395	2.557
A0160	A.4) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	5.640	6.081	5.828	7.144	7.151
A0170	A.5) Costi capitalizzati	512	668	4.370	3.431	3.903
A0180	A.5.1) da utilizzo contributi in c/capitale	512	668	4.370	3.431	3.903
A0190	A.5.2) da costi sostenuti in economia	0	0	0	0	0
A9999	Totale valore della produzione (A)	408.750	443.594	432.215	427.421	526.747
B) Costi della produzione						
B0010	B.1) Acquisti di beni	39.697	44.231	51.205	55.214	62.780
B0020	B. 1. a) Prodotti farmaceutici	12.697	13.645	15.872	17.580	22.294
B0030	B. 1. b) Emoderivati e prodotti dietetici	198	576	1.515	1.742	1.489
B0040	B. 1. c) Materiali per la profilassi (vaccini)	1.072	1.052	1.044	1.975	1.073
B0050	B. 1. d) Materiali diagnostici prodotti chimici	5.316	5.936	6.876	7.289	9.238
B0060	B. 1. e) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.	3.155	3.370	3.537	3.583	2.176
B0070	B. 1. f) Presidi chirurgici e materiali sanitari	8.085	9.728	11.826	12.297	13.099
B0080	B. 1. g) Materiali protesici e materiali per emodialisi	5.531	5.664	6.170	5.995	8.182
B0090	B. 1. h) Prodotti farmaceutici per uso veterinario	109	76	80	65	49
B0100	B. 1. i) Materiali chirurgici, sanitari e diagnostici per uso veterinario	111	77	51	74	96
B0110	B. 1. j) Prodotti alimentari	191	189	162	147	141
B0120	B. 1. k) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	391	266	488	373	190
B0130	B. 1. l) Combustibili, carburanti e lubrificanti	1.571	2.382	2.323	2.791	3.301
B0140	B. 1. m) Supporti informatici e cancelleria	809	869	808	787	968
B0150	B. 1. n) Materiale per la manutenzione di -	461	401	403	464	455
B0160	B. 1. n.1 - immobili e loro pertinenze	236	167	155	278	219
B0170	B. 1. n.2 - mobili e macchine	129	126	67	95	62
B0180	B. 1. n.3 - attrezzature tecnico scientifiche sanitarie	96	107	180	90	164
B0190	B. 1. n.4 - automezzi (sanitari e non)	0	1	1	1	10
B0200	B. 1. o) Altro	0	0	50	52	29
B0210	B.2) Acquisti di servizi	192.372	205.040	238.055	239.403	277.076

	DESCRIZIONE	2001	2002	2003	2004	2005
B0220	B. 2. 1) per medicina di base	28.672	28.793	29.530	33.411	41.241
B0221	B.2.1.1 da convenzione	28.672	28.793	29.530	33.411	41.241
B0222	B.2.1.2 da pubblico (ASL della Regione)	0	0	0	0	0
B0223	B.2.1.3 da pubblico (ASL extra Regione)	0	0	0	0	0
B0230	B. 2. 2) per farmaceutica	67.170	71.510	70.192	75.086	67.098
B0231	B.2.2.1 da convenzione	67.170	71.510	70.192	75.086	67.098
B0232	B.2.2.2 da pubblico (ASL della Regione)	0	0	0	0	0
B0233	B.2.2.3 da pubblico (ASL extra Regione)	0	0	0	0	0
B0240	B. 2. 3) per assistenza specialistica ambulatoriale -	10.429	16.754	24.956	12.978	23.747
B0250	B. 2. 3)1- da pubblico (ASI, e Aziende osp. della Regione)	1.095	2.265	1.275	0	0
B0260	B. 2. 3)2- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	0	0	0	0	2.207
B0270	B. 2. 3.)3- da pubblico (extra Regione)	0	0	10	0	42
B0280	B. 2. 3.)4- da privato	9.334	14.489	23.671	12.978	21.498
B0290	B. 2. 4) per assistenza riabilitativa -	20.982	23.471	22.923	23.543	24.784
B0300	B. 2. 4.)1- da pubblico (ASI, e Aziende osp. della Regione)	0	239	286	259	48
B0310	B. 2. 4.)2- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	0	0	0	0	0
B0320	B. 2. 4.)3- da pubblico (extra Regione)	0	0	0	0	2
B0330	B. 2. 4.)4- da privato	20.982	23.232	22.637	23.284	24.734
B0340	B. 2. 5) per assistenza integrativa e protesica -	6.251	3.535	5.579	5.638	7.470
B0350	B. 2. 5.)1- da pubblico (ASI, e Aziende osp. della Regione)	0	142	189	203	0
B0360	B. 2. 5.)2- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	0	0	0	0	0
B0370	B. 2. 5.)3- da pubblico (extra Regione)	16	0	3	2	2
B0380	B. 2. 5.)4- da privato	6.235	3.393	5.387	5.433	7.468
B0390	B. 2. 6.) per assistenza ospedaliera -	24.634	20.276	37.970	40.810	63.811
B0400	B. 2. 6.)1- da pubblico (ASL e Aziende osp. della Regione)	0	35	1	0	0
B0410	B. 2. 6.)2- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	0	0		0	0
B0420	B. 2. 6.)3- da pubblico (extra Regione)	0	0		8	39
B0430	B. 2. 6.)4- da privato	24.634	20.241	37.969	40.802	63.772
B0440	B. 2. 7) per altra assistenza -	3.722	3.420	4.270	5.590	6.654
B0451	B. 2. 7.)1- da pubblico (ASL e Aziende osp. Della Regione)	0	476	505	1.011	0
B0452	B. 2. 7.)2- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	0	0	0	8	0
B0453	B. 2. 7.)3- da pubblico (extra Regione)	62	62	128	103	0
B0460	B. 2. 7.)4- da privato	3.660	2.882	3.637	4.468	6.654
B0470	B. 2. 8) Compartecipazione sanitaria al personale dei ruolo san. per att. libero-prof. (intramoenia)	2.265	2.797	3.027	2.728	2.926
B0480	B. 2. 9) Rimborsi, assegni e contributi	542	3.181	4.424	2.309	894
B0490	B. 2. 9.)1 contributi ad associazioni di volontariato	76	119	120	151	205
B0500	B. 2. 9.)2 altro	466	3.062	4.304	2.158	689
B0510	B. 2. 10) Consulenze	1.775	1.816	2.444	2.741	3.423
B0520	B. 2. 10.)1 sanitarie	752	715	1.212	1.269	2.107
B0530	B. 2. 10.)2 non sanitarie	1.023	1.101	1.232	1.472	1.316
B0540	B. 2. 11) Altri servizi sanitari	6.137	9.981	11.732	13.548	13.307
B0550	B. 2. 11.)1 trasporti sanitari per l'emergenza	2.712	3.187	2.919	3.604	1.508
B0560	B. 2. 11.)2 trasporti sanitari per l'urgenza	2	38	24	41	187
B0570	B. 2. 11.)3 altro	3.423	6.756	8.789	9.903	11.612
B0580	B. 2. 12) Formazione (esternalizzata e non)	856	953	864	1.129	1.544
B0590	B. 2. 13) Servizi non sanitari	18.937	18.553	20.144	19.892	20.177

	DESCRIZIONE	2001	2002	2003	2004	2005
B0600	B. 2. 13)1 Lavanderia	1.416	1.533	1.801	1.675	1.654
B0610	B. 2. 13.)2 Pulizia	2.885	2.937	3.132	2.813	2.898
B0620	B. 2. 13)3 Mensa	4.688	5.258	6.042	5.320	5.542
B0630	B. 2. 13)4 Riscaldamento	622	588	469	0	5
B0640	B. 2. 13)5 Elaborazione dati	1.167	1.283	1.178	2.281	1.358
B0650	B. 2. 13)6 Servizi trasporti (non sanitari)	5	144	252	131	5
B0660	B. 2. 13)7 Smaltimento rifiuti	829	626	733	1.113	1.190
B0670	B. 2. 13) 8 Utenze telefoniche	1.820	1.808	1.318	974	1.291
B0680	B. 2. 13)9 Altre utenze	3.363	2.646	3.151	2.948	2.922
B0690	B. 2. 13)10 Altro	2.142	1.730	2.068	2.637	3.312
B0700	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	2.740	8.517	8.673	8.650	10.308
B0710	B. 3 .)a - agli immobili e loro pertinenze	0	5.379	5.165	5.353	6.132
B0720	B. 3 .)b - ai mobili e macchine	409	343	441	282	535
B0730	B. 3 .)c - alle attrezzature tecnico-scientifico sanitarie	2.317	2.750	2.966	2.916	3.544
B0740	B. 3 .)d - per la manut. di automezzi (sanitari e non)	14	45	101	99	97
B0750	B.4) Godimento di beni di terzi	1.828	1.797	2.583	2.674	2.918
B0760	B. 4 .)a Fitti reali	211	265	279	260	266
B0770	B. 4 .)b Canoni di noleggio	1.117	1.073	1.396	1.547	1.795
B0780	B. 4 .)c Canoni di leasing operativo	56	244	652	598	552
B0781	B. 4 .)d Canoni di leasing finanziario	0	0	0	0	0
B0790	B. 4 .)e Altro	444	215	256	269	305
B0800	B. 5) Personale del ruolo sanitario	144.773	142.449	138.327	153.837	161.486
B0810	B. 6) Personale del ruolo professionale	477	336	218	229	323
B0820	B. 7) Personale del ruolo tecnico	22.082	20.952	18.811	22.210	21.920
B0830	B. 8) Personale del ruolo amministrativo	10.553	10.543	10.463	12.361	12.782
B0840	B. 9) Oneri diversi di gestione	4.617	5.178	6.373	6.693	9.864
B0850	B. 9 .)a Indennità, rimborso spese e oneri sociali per i membri Org Dir	1.470	1.622	1.483	1.789	2.160
B0860	B. 9 .)b Premi di assicurazione	1.271	958	2.466	2.634	3.269
B0861	B. 9 .)c Spese legali	559	509	764	544	1.036
B0870	B. 9 .)d Altro	1.317	2.089	1.660	1.726	3.399
B0880	B. 10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	31	34	54	61	28
B0890	B. 11) Ammortamento dei fabbricati	934	873	1.595	2.176	2.761
B0900	B. 11 .)a disponibili	894	790	899	899	954
B0910	B. 11 .)b indisponibili	40	83	696	1.277	1.807
B0920	B. 12) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	2.454	2.637	5.876	4.571	4.463
B0930	B. 13) Svalutazione dei crediti	0	0	0	0	128
B0940	13.14) Variazione delle rimanenze	-13	-759	-1.067	1.104	256
B0950	B. 14 .)a sanitarie	-55	-765	-1.037	1.149	210
B0960	B. 14 .)b non sanitarie	42	6	-30	-45	46
B0970	B. 15) Accantonamenti tipici dell'esercizio	144	149	276	129	10.891
B0980	B. 15 .)a per rischi	4	0	114	0	4.156
B0990	B. 15 .)b per trattamento di fine rapporto	0	0	0	0	0
B1000	B. 15 .)c per premio di operosità (SUMAI)	140	149	162	129	525
B1010	B. 15 .)d altri accantonamenti	0	0	0	0	6.210
B9999	Totale costi della produzione (B)	428.785	439.157	481.442	509.312	578.034

DESCRIZIONE		2001	2002	2003	2004	2005
C) Proventi e oneri finanziari						
C0010	C. 1) Interessi attivi	17	2	1	6	5
C0020	C. 1.)a su c/tesoreria	17	1	0	0	2
C0030	C. 1.)b su c/c postali e bancari	0		1	4	3
C0040	C. 1.)c vari	0	1	0	2	0
C0050	C.2) Altri proventi	48	78	158	171	0
C0060	C.3) Interessi passivi	526	605	841	582	1.593
C0070	C. 3.)a per anticipazioni di tesoreria	160	282	295	241	359
C0080	C. 3.)b su mutui	366	0	546	0	0
C0090	C. 3.)c altri interessi passivi	0	323	0	341	1.234
C0100	C.4) Altri oneri	2	0	0	0	0
C9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	-463	-525	-682	-405	-1.588
D) Rettifiche di valore di attività finanziarie						
D0010	D. 1) Rivalutazioni	0	0	0	0	0
D0020	D.2) Svalutazioni	0	0	0	0	0
D9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0	0	0	0	0
E) Proventi e oneri straordinari						
E0010	E.1) Minusvalenze	0	60	197	80	0
E0020	E.2) Plusvalenze	0	41	0	0	35
E0030	E. 2.)a vendita di beni fuori uso	0	27	0	0	6
E0040	E. 2.)b altro	0	14	0	0	29
E0050	E.3) Accantonamenti non tipici dell'attività sanitaria	0	1.973	0	0	0
E0060	E.4) Concorsi. recuperi, rimborsi per attività non tipiche	0	0	0	0	84
E0070	E.5) Sopravvenienze e insussistenze	-2.189	-844	-31.868	-4.026	-68.154
E0080	E. 5. a.1) sopravvenienze attive	1.794	1.940	1.862	1.748	4.388
E0081	E. 5. a.2) insussistenze passive	1.764	14	294	7.190	611
E0090	E. 5. b.1) sopravvenienze passive	5.747	2.798	34.024	12.957	73.119
E0091	E. 5. b.2) insussistenze attive	0	0	0	7	34
E9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	-2.189	-2.836	-32.065	-4.106	-68.035
X0010	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/-D +/-E)	-22.687	1.076	-81.974	-86.402	-120.910
Imposte e tasse						
Y0010	IRAP	11.891	8.125	12.762	14.026	14.807
Y0020	Imposte, tasse, tributi a carico dell'azienda	969	1.062	93	83	66
Y0030	Accantonamento imposte	0	3.748	47	35	35
Y9999	Totale imposte e tasse	12.860	12.935	12.902	14.144	14.908
Z9999	UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO	-35.547	-11.859	-94.876	-100.546	-135.818

C Storico modelli LA dal 2001 al 2005

(TabA054)

Macrovoce economiche	2001	2002	2003	2004	2005
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro					
Igiene e sanità pubblica	5.083	5.273	11.415	6.304	20.116
Igiene degli alimenti e della nutrizione	1.188	1.183	1.161	1.285	1.499
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	760	788	823	873	1.199
Sanità pubblica veterinaria	1.107	1.580	5.487	1.989	10.203
Attività di prevenzione rivolte alle persone	2.788	2.752	2.690	2.972	3.439
Servizio medico legale	478	495	514	550	630
Totale	11.405	12.072	22.090	13.973	37.086
Assistenza distrettuale					
Guardia medica	5.173	5.437	6.455	6.373	7.989
Medicina generale	48.463	49.619	53.455	56.395	66.586
-- Medicina generica	45.061	46.123	49.513	52.351	61.721
--Pediatria di libera scelta	3.402	3.496	3.942	4.043	4.864
Emergenza sanitaria territoriale	11.723	13.684	15.739	15.792	18.490
Assistenza farmaceutica	60.655	63.050	79.831	74.445	102.844
--Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie	60.161	62.410	72.594	73.518	87.451
--Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	0	0	0	0	0
Assistenza Integrativa	494	640	7.237	927	15.393
Assistenza specialistica	35.986	37.341	44.459	43.912	54.435
--Attività clinica	29.394	30.479	35.780	35.817	43.283
--Attività di laboratorio	976	1.012	1.179	1.190	1.417
--Attività di diagnostica strumentale e per immagini	5.615	5.850	7.500	6.905	9.735
Assistenza Protesica	0	0	0	0	0
Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	11.977	12.232	13.235	13.821	16.445
--assistenza programmata a domicilio (ADI)	1.165	1.208	1.407	1.419	1.691
--assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	7.988	8.296	8.983	9.484	11.004
--Assistenza psichiatrica	641	674	787	793	939
--Assistenza riabilitativa ai disabili	152	182	335	214	533
--Assistenza ai tossicodipendenti	2.030	1.873	1.723	1.911	2.279
--Assistenza agli anziani	0	0	0	0	0
--Assistenza ai malati terminali	0	0	0	0	0
--Assistenza a persone affette da HIV	0	0	0	0	0
Assistenza territoriale semiresidenziale	9.184	9.589	11.121	11.228	13.694
--Assistenza psichiatrica	9.184	9.589	11.121	11.228	13.694
--Assistenza riabilitativa ai disabili	0	0	0	0	0
--Assistenza ai tossicodipendenti	0	0	0	0	0
--Assistenza agli anziani	0	0	0	0	0
--Assistenza a persone affette da HIV	0	0	0	0	0
--Assistenza ai malati terminali	0	0	0	0	0
Assistenza territoriale residenziale	11.737	12.162	14.166	14.324	17.484
--Assistenza psichiatrica	11.163	11.562	13.468	13.609	16.640
--Assistenza riabilitativa ai disabili	0	0	0	0	0

Macro voci economiche	2001	2002	2003	2004	2005
--Assistenza ai tossicodipendenti	574	600	697	716	844
--Assistenza agli anziani	0	0	0	0	0
--Assistenza a persone affette da HIV	0	0	0	0	0
--Assistenza ai malati terminali	0	0	0	0	0
Assistenza Idrotermale	0	0	0	0	0
Totale	195.390	203.754	245.698	237.216	313.360
Assistenza ospedaliera					
Attività di pronto soccorso	6.562	6.594	6.572	7.355	7.834
Ass. ospedaliera per acuti	220.174	230.621	247.212	263.953	298.188
--in Day Hospital e Day Surgery	8.436	9.497	11.810	12.349	13.766
--in degenza ordinaria	211.738	221.124	235.402	251.604	284.422
Interventi ospedalieri a domicilio	0	0	0	0	0
Ass. ospedaliera per lungodegenti	0	0	0	0	0
Ass. ospedaliera per riabilitazione	2.053	2.053	2.046	2.240	2.728
Emocomponenti e servizi trasfusionali	351	382	446	502	562
Trapianto organi e tessuti	0	0	0	0	0
Totale	229.141	239.650	256.277	274.050	309.312
TOTALE	435.936	455.476	524.065	525.239	659.758

Modello CE di IV trimestre 2006

A0010	A.1) CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO	479.415
A0020	A.1.A) DA REGIONE E PROV. AUT. PER QUOTA F.S. REGIONALE	479.138
A0030	A.1.B) DA ENTI PUBBLICI PER ULTERIORI TRASFERIMENTI	265
A0040	A.1.C) DA ENTI PRIVATI	12
A0050	A.2) PROVENTI E RICAVI DIVERSI	5.073
A0060	A.2.A) PER PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE A SOGGETTI PUBBLICI	109
A0070	A.2.A.1) AD ALTRE ASL E A.O. DELLA REGIONE	
A0080	A.2.A.2) AD ALTRI SOGGETTI PUBBLICI DELLA REGIONE	108
A0090	A.2.A.3) A SOGGETTI PUBBLICI EXTRA REGIONE	1
A0100	A.2.B) PER PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE A SOGGETTI PRIVATI	1.638
A0110	A.2.C) PER PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE IN REGIME DI INTRAMOENIA	2.593
A0120	A.2.D) PER PRESTAZIONI NON SANITARIE	204
A0130	A.2.E) FITTI ATTIVI	142
A0140	A.2.F) ALTRI PROVENTI	387
A0150	A.3) CONCORSI, RECUPERI E RIMBORSI PER ATTIVITA' TIPICHE	1.855
A0160	A.4) COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA PER PRESTAZIONI SANITARIE (TICKET)	6.309
A0170	A.5) COSTI CAPITALIZZATI	3.897
A0180	A.5.1) DA UTILIZZO CONTRIBUTI IN C/CAPITALE	3.897
A0190	A.5.2) DA COSTI SOSTENUTI IN ECONOMIA	
A9999	TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE (A)	496.549
B0010	B.1) ACQUISTI DI BENI	62.053
B0020	B.1.A) PRODOTTI FARMACEUTICI	22.774
B0030	B.1.B) EMODERIVATI E PRODOTTI DIETETICI	1.377
B0040	B.1.C) MATERIALI PER LA PROFILASSI (VACCINI)	985
B0050	B.1.D) MATERIALI DIAGNOSTICI PRODOTTI CHIMICI	9.179
B0060	B.1.E) MATERIALI DIAGNOSTICI, LASTRE RX, MEZZI DI CONTRASTO PER RX, CARTA PER ECG, ECG, ETC.	2.262
B0070	B.1.F) PRESIDI CHIRURGICI E MATERIALI SANITARI	13.021
B0080	B.1.G) MATERIALI PROTESICI E MATERIALI PER EMODIALISI	6.915
B0090	B.1.H) PRODOTTI FARMACEUTICI PER USO VETERINARIO	48
B0100	B.1.I) MATERIALI CHIRURGICI, SANITARI E DIAGNOSTICI PER USO VETERINARIO	89
B0110	B.1.J) PRODOTTI ALIMENTARI	133
B0120	B.1.K) MATERIALI DI GUARDAROBA, DI PULIZIA E DI CONVIVENZA IN GENERE	244
B0130	B.1.L) COMBUSTIBILI, CARBURANTI E LUBRIFICANTI	3.531
B0140	B.1.M) SUPPORTI INFORMATICI E CANCELLERIA	608
B0150	B.1.N) MATERIALE PER LA MANUTENZIONE DI -	352
B0160	B.1.N.1) - IMMOBILI E LORO PERTINENZE	215
B0170	B.1.N.2) - MOBILI E MACCHINE	33
B0180	B.1.N.3) - ATTREZZATURE TECNICO SCIENTIFICHE SANITARIE	89
B0190	B.1.N.4) - AUTOMEZZI (SANITARI E NON)	15
B0200	B.1.O) ALTRO	535
B0210	B.2) ACQUISTI DI SERVIZI	270.982
B0220	B.2.1) PER MEDICINA DI BASE -	40.659
B0221	B.2.1.1) - DA CONVENZIONE	40.659

B0222	B.2.1.2) - DA PUBBLICO (ASL DELLA REGIONE)	
B0223	B.2.1.3) - DA PUBBLICO (ASL EXTRA REGIONE)	
B0230	B.2.2) PER FARMACEUTICA -	70.223
B0231	B.2.2.1) - DA CONVENZIONE	70.223
B0232	B.2.2.2) - DA PUBBLICO (ASL DELLA REGIONE)	
B0233	B.2.2.3) - DA PUBBLICO (ASL EXTRA REGIONE)	
B0240	B.2.3) PER ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE -	18.772
B0250	B.2.3.1) - DA PUBBLICO (ASL E AZIENDE OSP. DELLA REGIONE)	
B0260	B.2.3.2) - DA PUBBLICO (ALTRI SOGGETTI PUBBL. DELLA REGIONE)	1.650
B0270	B.2.3.3) - DA PUBBLICO (EXTRA REGIONE)	77
B0280	B.2.3.4) - DA PRIVATO	17.045
B0290	B.2.4) PER ASSISTENZA RIABILITATIVA -	29.031
B0300	B.2.4.1) - DA PUBBLICO (ASL E AZIENDE OSP. DELLA REGIONE)	
B0310	B.2.4.2) - DA PUBBLICO (ALTRI SOGGETTI PUBBL. DELLA REGIONE)	
B0320	B.2.4.3) - DA PUBBLICO (EXTRA REGIONE)	
B0330	B.2.4.4) - DA PRIVATO	29.031
B0340	B.2.5) PER ASSISTENZA INTEGRATIVA E PROTESICA -	6.405
B0350	B.2.5.1) - DA PUBBLICO (ASL E AZIENDE OSP. DELLA REGIONE)	1
B0360	B.2.5.2) - DA PUBBLICO (ALTRI SOGGETTI PUBBL. DELLA REGIONE)	
B0370	B.2.5.3) - DA PUBBLICO (EXTRA REGIONE)	
B0380	B.2.5.4) - DA PRIVATO	6.404
B0390	B.2.6) PER ASSISTENZA OSPEDALIERA -	56.296
B0400	B.2.6.1) - DA PUBBLICO (ASL E AZIENDE OSP. DELLA REGIONE)	44
B0410	B.2.6.2) - DA PUBBLICO (ALTRI SOGGETTI PUBBL. DELLA REGIONE)	
B0420	B.2.6.3) - DA PUBBLICO (EXTRA REGIONE)	52
B0430	B.2.6.4) - DA PRIVATO	56.200
B0440	B.2.7) PER ALTRA ASSISTENZA -	6.970
B0451	B.2.7.1) - DA PUBBLICO (ASL E AZIENDE OSP. DELLA REGIONE)	
B0452	B.2.7.2) - DA PUBBLICO (ALTRI SOGGETTI PUBBL. DELLA REGIONE)	
B0453	B.2.7.3) - DA PUBBLICO (EXTRA REGIONE)	
B0460	B.2.7.4) - DA PRIVATO	6.970
B0470	B.2.8) COMPARTECIPAZIONE AL PERSONALE PER ATT. LIBERO-PROF. (INTRAMOENIA)	1.802
B0480	B.2.9) RIMBORSI, ASSEGNI E CONTRIBUTI	686
B0490	B.2.9.1) CONTRIBUTI AD ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO	158
B0500	B.2.9.2) ALTRO	528
B0510	B.2.10) CONSULENZE	3.682
B0520	B.2.10.1) SANITARIE	2.358
B0530	B.2.10.2) NON SANITARIE	1.324
B0540	B.2.11) ALTRI SERVIZI SANITARI	11.662
B0550	B.2.11.1) TRASPORTI SANITARI PER L'EMERGENZA	1.683
B0560	B.2.11.2) TRASPORTI SANITARI PER L'URGENZA	79
B0570	B.2.11.3) ALTRO	9.900
B0580	B.2.12) FORMAZIONE (ESTERNALIZZATA E NON)	707
B0590	B.2.13) SERVIZI NON SANITARI	24.087
B0600	B.2.13.1) LAVANDERIA	1.681

B0610	B.2.13.2) PULIZIA	3.079
B0620	B.2.13.3) MENSA	5.557
B0630	B.2.13.4) RISCALDAMENTO	
B0640	B.2.13.5) ELABORAZIONE DATI	5.509
B0650	B.2.13.6) SERVIZI TRASPORTI (NON SANITARI)	8
B0660	B.2.13.7) SMALTIMENTO RIFIUTI	1.199
B0670	B.2.13.8) UTENZE TELEFONICHE	1.136
B0680	B.2.13.9) ALTRE UTENZE	3.074
B0690	B.2.13.10) ALTRO	2.844
B0700	B.3) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE (ORDINARIA ESTERNALIZZATA)	8.780
B0710	B.3.A) - AGLI IMMOBILI E LORO PERTINENZE	5.659
B0720	B.3.B) - AI MOBILI E MACCHINE	440
B0730	B.3.C) - ALLE ATTREZZATURE TECNICO-SCIENTIFICO SANITARIE	2.586
B0740	B.3.D) - PER LA MANUT. DI AUTOMEZZI (SANITARI E NON)	95
B0750	B.4) GODIMENTO DI BENI DI TERZI	3.261
B0760	B.4.A) FITTI REALI	274
B0770	B.4.B) CANONI DI NOLEGGIO	2.103
B0780	B.4.C) CANONI DI LEASING OPERATIVO	584
B0781	B.4.D) CANONI DI LEASING FINANZIARIO	
B0790	B.4.E) ALTRO	300
B0800	B.5) PERSONALE DEL RUOLO SANITARIO	171.531
B0810	B.6) PERSONALE DEL RUOLO PROFESSIONALE	353
B0820	B.7) PERSONALE DEL RUOLO TECNICO	22.510
B0830	B.8) PERSONALE DEL RUOLO AMMINISTRATIVO	12.896
B0840	B.9) ONERI DIVERSI DI GESTIONE	6.473
B0850	B.9.A) INDENNITA', RIMBORSO SPESE E ONERI SOCIALI PER GLI ORGANI DIRETTIVI E COLLEGIO SINDACALE	789
B0860	B.9.B) PREMI DI ASSICURAZIONE	2.209
B0861	B.9.C) SPESE LEGALI	370
B0870	B.9.D) ALTRO	3.105
B0880	B.10) AMMORTAMENTI DELLE IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI	1.873
B0890	B.11) AMMORTAMENTO DEI FABBRICATI	2.274
B0900	B.11.A) DISPONIBILI	242
B0910	B.11.B) INDISPONIBILI	2.032
B0920	B.12) AMMORTAMENTI DELLE ALTRE IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI	2.799
B0930	B.13) SVALUTAZIONE DEI CREDITI	2.480
B0940	B.14) VARIAZIONE DELLE RIMANENZE	529
B0950	B.14.A) SANITARIE	356
B0960	B.14.B) NON SANITARIE	173
B0970	B.15) ACCANTONAMENTI TIPICI DELL'ESERCIZIO	6.923
B0980	B.15.A) PER RISCHI	
B0990	B.15.B) PER TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO	
B1000	B.15.C) PER PREMIO DI OPEROSITA' (SUMAI)	413
B1010	B.15.D) ALTRI ACCANTONAMENTI	6.510
B9999	TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE (B)	575.717
C0010	C.1) INTERESSI ATTIVI	105
C0020	C.1.A) SU C/TESORERIA	
C0030	C.1.B) SU C/C POSTALI E BANCARI	62
C0040	C.1.C) VARI	43
C0050	C.2) ALTRI PROVENTI	
C0060	C.3) INTERESSI PASSIVI	962

C0070	C.3.A) PER ANTICIPAZIONI DI TESORERIA	43
C0080	C.3.B) SU MUTUI	
C0090	C.3.C) ALTRI INTERESSI PASSIVI	919
C0100	C.4) ALTRI ONERI	
C9999	TOTALE PROVENTI E ONERI FINANZIARI (C)	-857
D0010	D.1) RIVALUTAZIONI	
D0020	D.2) SVALUTAZIONI	
D9999	TOTALE RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE (D)	
E0010	E.1) MINUSVALENZE	
E0020	E.2) PLUSVALENZE	
E0030	E.2.A) VENDITA DI BENI FUORI USO	
E0040	E.2.B) ALTRO	
E0050	E.3) ACCANTONAMENTI NON TIPICI DELL'ATTIVITA' SANITARIA	
E0060	E.4) CONCORSI, RECUPERI, RIMBORSI PER ATTIVITA' NON TIPICHE	50
E0070	E.5) SOPRAVVIVENENZE E INSUSSISTENZE	
E0080	E.5.A.1) SOPRAVVIVENENZE ATTIVE	
E0081	E.5.A.2) INSUSSISTENZE PASSIVE	
E0090	E.5.B.1) SOPRAVVIVENENZE PASSIVE	
E0091	E.5.B.2) INSUSSISTENZE ATTIVE	
E9999	TOTALE PROVENTI E ONERI STRAORDINARI (E)	50
X0010	RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A - B +/- C +/- D +/- E)	-79.975
Y0010	IRAP	15.427
Y0020	IMPOSTE, TASSE, TRIBUTI A CARICO DELL'AZIENDA	81
Y0030	ACCANTONAMENTO IMPOSTE	70
Y9999	TOTALE IMPOSTE E TASSE	15.578
Z9999	UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO	-95.553

F Previsione modelli LA per gli esercizi 2007-2009

DESCRIZIONE	2007	2008	2009
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro			
Igiene e sanità pubblica	6.279	6.550	6.834
Igiene degli alimenti e della nutrizione	1.548	1.596	1.646
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	1.201	1.254	1.310
Sanità pubblica veterinaria	1.623	1.814	2.022
Attività di prevenzione rivolte alle persone	3.641	3.764	3.890
Servizio medico legale	667	694	721
Totale	14.959	15.671	16.423
Assistenza distrettuale			
Guardia medica	8.511	9.211	9.987
Medicina generale	69.600	73.845	78.485
-- Medicina generica	64.203	68.033	72.212
--Pediatria di libera scelta	5.398	5.813	6.273
Emergenza sanitaria territoriale	17.680	18.815	20.025
Assistenza farmaceutica	98.637	107.093	116.512
--Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	98.612	107.068	116.487
--Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	0	0	0
Assistenza Integrativa	25	25	25
Assistenza specialistica	58.940	64.039	69.723
--Attività clinica	48.201	52.375	57.029
--Attività di laboratorio	1.602	1.741	1.895
--Attività di diagnostica strumentale e per immagini	9.138	9.924	10.799
Assistenza Protesica	0	0	0
Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	17.175	18.230	19.384
--assistenza programmata a domicilio (ADI)	1.912	2.078	2.263
--assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	11.574	12.291	13.074
--Assistenza psichiatrica	1.055	1.143	1.241
--Assistenza riabilitativa ai disabili	242	257	273
--Assistenza ai tossicodipendenti	2.392	2.461	2.534
--Assistenza agli anziani	0	0	0
--Assistenza ai malati terminali	0	0	0
--Assistenza a persone affette da HIV	0	0	0
Assistenza territoriale semiresidenziale	15.216	16.470	17.862
--Assistenza psichiatrica	15.216	16.470	17.862
--Assistenza riabilitativa ai disabili	0	0	0
--Assistenza ai tossicodipendenti	0	0	0
--Assistenza agli anziani	0	0	0
--Assistenza a persone affette da HIV	0	0	0
--Assistenza ai malati terminali	0	0	0
Assistenza territoriale residenziale	19.484	21.131	22.962
--Assistenza psichiatrica	18.539	20.106	21.849
--Assistenza riabilitativa ai disabili	0	0	0
--Assistenza ai tossicodipendenti	946	1.025	1.113

DESCRIZIONE	2007	2008	2009
--Assistenza agli anziani	0	0	0
--Assistenza a persone affette da HIV	0	0	0
--Assistenza ai malati terminali	0	0	0
Assistenza Idrotermale	0	0	0
Totale	302.271	325.270	350.720
Assistenza ospedaliera			
Attività di pronto soccorso	8.450	8.769	9.104
Ass. ospedaliera per acuti	314.546	331.088	348.715
--in Day Hospital e Day Surgery	15.131	16.204	17.354
--in degenza ordinaria	299.415	314.884	331.362
Interventi ospedalieri a domicilio	0	0	0
Ass. ospedaliera per lungodegenti	0	0	0
Ass. ospedaliera per riabilitazione	2.839	2.946	3.057
Emocomponenti e servizi trasfusionali	591	633	677
Trapianto organi e tessuti	0	0	0
Totale	326.426	343.436	361.554
TOTALE	643.656	684.378	728.697

CE Tendenziale 2007-2009

(Tab A055)

DESCRIZIONE	2007	2008	2009
A) Valore della produzione			
A. 1) Contributi in e/esercizio	525.290	542.174	559.673
A. 1. a) da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale A. 1. a) da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale	525.013	541.897	559.673
A. 1. b) da enti pubblici per ulteriori trasferimenti A. 1. b) da enti pubblici per ulteriori trasferimenti	265	265	0
A. 1. c) da enti privati A. 1. c) da enti privati	12	12	0
A.2) Proventi e ricavi diversi	5.497	5.978	6.525
A. 2. a) per prestazioni sanitarie erogate a soggetti pubblici A. 2. a) per prestazioni sanitarie erogate a soggetti pubblici	114	120	126
A. 2. a)1 ad altre ASI, e A.O. della Regione	0		
A. 2. a)2 ad altri soggetti pubblici della Regione	114	120	126
A. 2. a)3 a soggetti pubblici extra Regione	0	0	0
A. 2. b) per prestazioni sanitarie erogate a soggetti privati A. 2. b) per prestazioni sanitarie erogate a soggetti privati	1.638	1.638	1.638
A. 2. c) per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia A. 2. c) per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia	2.930	3.311	3.741
A. 2. d) per prestazioni non sanitarie A. 2. d) per prestazioni non sanitarie	231	260	294
A. 2. e) fitti attivi A. 2. e) fitti attivi	178	222	277
A. 2. f) altri proventi A. 2. f) altri proventi	406	427	448
A.3) Concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche	1.948	2.045	2.147
A.4) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	6.561	6.824	7.097
A.5) Costi capitalizzati	3.897	3.897	3.897
A.5.1) da utilizzo contributi in c/capitale A.5.1) da utilizzo contributi in c/capitale	3.897	3.897	3.897
A.5.2) da costi sostenuti in economia A.5.2) da costi sostenuti in economia	0	0	0
Totale valore della produzione (A)	543.193	560.918	579.339
B.1) Acquisti di beni	66.397	71.044	76.018
B. 1. a) Prodotti farmaceutici B. 1. a) Prodotti farmaceutici	24.368	26.074	27.899
B. 1. b) Emoderivati e prodotti dietetici B. 1. b) Emoderivati e prodotti dietetici	1.473	1.577	1.687
B. 1. c) Materiali per la profilassi (vaccini) B. 1. c) Materiali per la profilassi (vaccini)	1.054	1.128	1.207
B. 1. d) Materiali diagnostici prodotti chimici B. 1. d) Materiali diagnostici prodotti chimici	9.822	10.509	11.245
B. 1. e) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc. B. 1. e) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.	2.420	2.590	2.771
B. 1. f) Presidi chirurgici e materiali sanitari B. 1. f) Presidi chirurgici e materiali sanitari	13.932	14.908	15.951
B. 1. g) Materiali protesici e materiali per emodialisi B. 1. g) Materiali protesici e materiali per emodialisi	7.399	7.917	8.471
B. 1. h) Prodotti farmaceutici per uso veterinario B. 1. h) Prodotti farmaceutici per uso veterinario	51	55	59
B. 1. i) Materiali chirurgici, sanitari e diagnostici per uso veterinario B. 1. i) Materiali chirurgici, sanitari e diagnostici per uso veterinario	95	102	109
B. 1. j) Prodotti alimentari B. 1. j) Prodotti alimentari	142	152	163
B. 1. k) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere B. 1. k) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	261	279	299
B. 1. l) Combustibili, carburanti e lubrificanti B. 1. l) Combustibili, carburanti e lubrificanti	3.778	4.043	4.326
B. 1. m) Supporti informatici e cancelleria B. 1. m) Supporti informatici e cancelleria	651	696	745
B. 1. n) Materiale per la manutenzione di - B. 1. n) Materiale per la manutenzione di -	377	403	431
B. 1. n.)1 - immobili e loro pertinenze	230	246	263
B. 1. n.)2 - mobili e macchine	35	38	40
B. 1. n.)3 - attrezzature tecnico scientifiche sanitarie	95	102	109

DESCRIZIONE	2007	2008	2009
B. 1. n.)4 - automezzi (sanitari e non)	16	17	18
B. 1. o) Altro B. 1. o) Altro	572	613	655
B.2) Acquisti di servizi	317.328	345.373	376.471
B. 2. 1) per medicina di base B. 2. 1) per medicina di base	43.505	46.550	49.809
B.2.1.1 da convenzione	43.505	46.550	49.809
B.2.1.2 da pubblico (ASL della Regione)	0	0	0
B.2.1.3 da pubblico (ASL extra Regione)	0	0	0
B. 2. 2) per farmaceutica B. 2. 2) per farmaceutica	72.330	74.500	76.735
B.2.2.1 da convenzione	72.330	74.500	76.735
B.2.2.2 da pubblico (ASL della Regione)	0	0	0
B.2.2.3 da pubblico (ASL extra Regione)	0	0	0
B. 2. 3) per assistenza specialistica ambulatoriale - B. 2. 3) per assistenza specialistica ambulatoriale -	23.412	25.570	27.944
B. 2. 3)1- da pubblico (ASI, e Aziende osp. della Regione)	0	0	0
B. 2. 3)2- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	1.749	1.749	1.749
B. 2. 3.)3- da pubblico (extra Regione)	82	82	82
B. 2. 3.)4- da privato	21.581	23.739	26.113
B. 2 . 4) per assistenza riabilitativa - B. 2 . 4) per assistenza riabilitativa -	30.773	32.619	34.576
B. 2. 4.)1- da pubblico (ASI, e Aziende osp. della Regione)	0	0	0
B. 2. 4.)2- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	0	0	0
B. 2. 4.)3- da pubblico (extra Regione)	0	0	0
B. 2 . 4)4- da privato	30.773	32.619	34.576
B. 2 . 5) per assistenza integrativa e protesica - B. 2 . 5) per assistenza integrativa e protesica -	6.789	7.197	7.628
B. 2. 5.)1- da pubblico (ASI, e Aziende osp. della Regione)	0	0	0
B. 2. 5.)2- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	0	0	0
B. 2. 5.)3- da pubblico (extra Regione)	1	1	1
B. 2. 5.)4- da privato	6.788	7.196	7.627
B. 2. 6.) per assistenza ospedaliera - B. 2. 6.) per assistenza ospedaliera -	80.685	92.778	106.685
B. 2. 6)1- da pubblico (ASL e Aziende osp. della Regione)	0	0	0
B. 2. 6.)2- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	0	0	0
B. 2. 6.)3- da pubblico (extra Regione)	102	108	114
B. 2. 6.)4- da privato	80.583	92.670	106.571
B. 2. 7) per altra assistenza - B. 2. 7) per altra assistenza -	8.085	9.379	10.879
B. 2. 7.)1- da pubblico (ASL e Aziende osp. Della Regione)	0	0	0
B. 2. 7.)2- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	0	0	0
B. 2. 7.)3- da pubblico (extra Regione)	0	0	0
B. 2 . 7.)4- da privato	8.085	9.379	10.879
B. 2. 8) Compartecipazione sanitaria al personale dei ruolo san. per att. libero-prof. (intramoenia) B. 2. 8) Compartecipazione sanitaria al personale dei ruolo san. per att. libero-prof. (intramoenia)	1.928	2.063	2.208
B. 2. 9) Rimborsi, assegni e contributi B. 2. 9) Rimborsi, assegni e contributi	727	773	824
B. 2. 9.)1 contributi ad associazioni di volontariato	183	213	247
B. 2. 9.)2 altro	544	560	577
B. 2. 10) Consulenze B. 2. 10) Consulenze	4.361	5.203	6.250
B. 2. 10)1 sanitarie	2.971	3.744	4.717
B. 2. 10.)2 non sanitarie	1.390	1.460	1.533

DESCRIZIONE	2007	2008	2009
B. 2. 11) Altri servizi sanitari B. 2. 11) Altri servizi sanitari	13.295	15.156	17.278
B. 2. 11)l trasporti sanitari per l'emergenza	1.919	2.187	2.493
B. 2. 11)2 trasporti sanitari per l'urgenza	90	103	117
B. 2. 11)3 altro	11.286	12.866	14.667
Nota D B. 2. 12) Formazione (esternalizzata e non) B. 2. 12) Formazione (esternalizzata e non)	820	1.000	1.000
B. 2. 13) Servizi non sanitari B. 2. 13) Servizi non sanitari	26.257	27.382	28.406
B. 2. 13)1 Lavanderia	1.765	1.853	1.946
B. 2. 13.)2 Pulizia	3.233	3.395	3.564
B. 2. 13)3 Mensa	5.835	6.127	6.433
B. 2. 13)4 Riscaldamento	0	0	0
Nota E B. 2. 13)5 Elaborazione dati	6.750	6.900	6.900
B. 2. 13)6 Servizi trasporti (non sanitari)	8	9	9
B. 2. 13)7 Smaltimento rifiuti	1.259	1.322	1.388
B. 2. 13) 8 Utenze telefoniche	1.193	1.252	1.315
B. 2. 13)9 Altre utenze	3.228	3.389	3.559
B. 2. 13)10 Altro	2.986	3.136	3.292
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	8.912	9.045	9.181
B. 3. .)a - agli immobili e loro pertinenze B. 3. .)a - agli immobili e loro pertinenze	5.744	5.830	5.917
B. 3. .)b - ai mobili e macchine B. 3. .)b - ai mobili e macchine	447	453	460
B. 3 .)c - alle attrezzature tecnico-scientifico sanitarie B. 3 .)c - alle attrezzature tecnico-scientifico sanitarie	2.625	2.664	2.704
B. 3 .)d - per la manut. di automezzi (sanitari e non) B. 3 .)d - per la manut. di automezzi (sanitari e non)	96	98	99
B.4) Godimento di beni di terzi	3.652	4.091	4.581
B. 4 .)a Fitti reali B. 4 .)a Fitti reali	307	344	385
B. 4.)b Canoni di noleggio B. 4.)b Canoni di noleggio	2.355	2.638	2.955
B. 4.)c Canoni di leasing operativo B. 4.)c Canoni di leasing operativo	654	733	820
B. 4.)d Canoni di leasing finanziario B. 4.)d Canoni di leasing finanziario	0	0	0
B. 4.)e Altro B. 4.)e Altro	336	376	421
B. 5) Personale del ruolo sanitario	176.677	181.977	187.437
Nota F B. 6) Personale del ruolo professionale	353	353	353
Nota G B. 7) Personale del ruolo tecnico	22.623	22.736	22.849
B. 8) Personale del ruolo amministrativo	13.412	13.948	14.506
B. 9) Oneri diversi di gestione	6.732	7.001	7.281
B. 9.)a Indennità, rimborso spese e oneri sociali per i membri degli Organi Direttivi B. 9.)a Indennità, rimborso spese e oneri sociali per i membri degli Organi Direttivi	821	853	888
B. 9.)b Premi di assicurazione B. 9.)b Premi di assicurazione	2.297	2.389	2.485
B. 9.)c Spese legali B. 9.)c Spese legali	385	400	416
B. 9.)d Altro B. 9.)d Altro	3.229	3.358	3.493
B. 10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	2.060	2.266	2.493
B. 11) Ammortamento dei fabbricati	2.501	2.752	3.027
B. 11.)a disponibili B. 11.)a disponibili	266	293	322
B. 11.)b indisponibili B. 11.)b indisponibili	2.235	2.459	2.705
B. 12) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	3.219	3.702	4.257
B. 13) Svalutazione dei crediti	0	0	0
13.14) Variazione delle rimanenze	540	550	561

DESCRIZIONE	2007	2008	2009
B. 14 .)a sanitarie B. 14 .)a sanitarie	363	370	378
B. 14 .)b non sanitarie B. 14 .)b non sanitarie	176	180	184
B. 15) Accantonamenti tipici dell'esercizio	7.131	7.345	7.565
B. 15 .)a per rischi B. 15 .)a per rischi	0	0	0
B. 15 .)b per trattamento di fine rapporto B. 15 .)b per trattamento di fine rapporto	0	0	0
B. 15 .)c per premio di operosità (SUMAI) B. 15 .)c per premio di operosità (SUMAI)	425	438	451
B. 15 .)d altri accantonamenti B. 15 .)d altri accantonamenti	6.705	6.906	7.114
Totale costi della produzione (B)	627.174	666.980	710.331
C. 1) Interessi attivi	105	105	105
C. 1 .)a su c/tesoreria C. 1 .)a su c/tesoreria	0	0	0
C. 1 .)b su c/c postali e bancari C. 1 .)b su c/c postali e bancari	42	42	42
C. 1 .)c vari C. 1 .)c vari	63	63	63
C.2) Altri proventi	0	0	0
C.3) Interessi passivi	962	962	962
C. 3 .)a per anticipazioni di tesoreria C. 3 .)a per anticipazioni di tesoreria	43	43	43
C. 3 .)b su mutui C. 3 .)b su mutui	0	0	0
C. 3 .)c altri interessi passivi C. 3 .)c altri interessi passivi	919	919	919
C.4) Altri oneri			
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-857	-857	-857
D. 1) Rivalutazioni	0		
D.2) Svalutazioni	0		
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0		
E.1) Minusvalenze			
E.2) Plusvalenze			
E. 2.)a vendita di beni fuori uso E. 2.)a vendita di beni fuori uso			
E. 2.)b altro E. 2.)b altro			
E.3) Accantonamenti non tipici dell'attività sanitaria	-50	-50	-50
E.4) Concorsi. recuperi, rimborsi per attività non tipiche	0		
E.5) Sopravvenienze e insussistenze	0		
E. 5. a.1) sopravvenienze attive E. 5. a.1) sopravvenienze attive	0		
E. 5. a.2) insussistenze passive E. 5. a.2) insussistenze passive	0		
E. 5. b.1) sopravvenienze passive E. 5. b.1) sopravvenienze passive	0		
E. 5. b.2) insussistenze attive E. 5. b.2) insussistenze attive	0		
Totale proventi e oneri straordinari (E)	-50	-50	-50
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/-D +/-E)	-84.888	-106.969	-131.898
IRAP	17.334	18.374	19.476
Imposte, tasse. tributi a carico dell'azienda	91	96	102
Accantonamento imposte	79	83	88
Totale imposte e tasse	17.503	18.554	19.667
UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO	-102.392	-125.523	-151.565

CE Programmatico 2007-2009

(Tab A056)

DESCRIZIONE	2007	2008	2009
A) Valore della produzione			
A. 1) Contributi in e/esercizio	525.290	542.174	559.673
A. 1. a) da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale A. 1. a) da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale	525.013	541.897	559.673
A. 1. b) da enti pubblici per ulteriori trasferimenti A. 1. b) da enti pubblici per ulteriori trasferimenti	265	265	0
A. 1. c) da enti privati A. 1. c) da enti privati	12	12	0
A.2) Proventi e ricavi diversi	5.497	5.978	6.525
A. 2. a) per prestazioni sanitarie erogate a soggetti pubblici A. 2. a) per prestazioni sanitarie erogate a soggetti pubblici	114	120	126
A. 2. a)1 ad altre ASI, e A.O. della Regione	0	0	0
A. 2. a)2 ad altri soggetti pubblici della Regione	114	120	126
A. 2. a)3 a soggetti pubblici extra Regione	0	0	0
A. 2. b) per prestazioni sanitarie erogate a soggetti privati A. 2. b) per prestazioni sanitarie erogate a soggetti privati	1.638	1.638	1.638
A. 2. c) per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia A. 2. c) per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia	2.930	3.311	3.741
A. 2. d) per prestazioni non sanitarie A. 2. d) per prestazioni non sanitarie	231	260	294
A. 2. e) fitti attivi A. 2. e) fitti attivi	178	222	277
A. 2. f) altri proventi A. 2. f) altri proventi	406	427	448
A.3) Concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche	1.948	2.045	2.147
A.4) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	8.553	8.872	9.145
A.5) Costi capitalizzati	3.897	3.897	3.897
A.5.1) da utilizzo contributi in c/capitale A.5.1) da utilizzo contributi in c/capitale	3.897	3.897	3.897
A.5.2) da costi sostenuti in economia A.5.2) da costi sostenuti in economia	0	0	0
Totale valore della produzione (A)	545.185	562.966	581.387
B.1) Acquisti di beni	62.977	67.975	72.039
B. 1. a) Prodotti farmaceutici B. 1. a) Prodotti farmaceutici	20.948	23.004	24.409
B. 1. b) Emoderivati e prodotti dietetici B. 1. b) Emoderivati e prodotti dietetici	1.473	1.577	1.687
B. 1. c) Materiali per la profilassi (vaccini) B. 1. c) Materiali per la profilassi (vaccini)	1.054	1.128	1.207
B. 1. d) Materiali diagnostici prodotti chimici B. 1. d) Materiali diagnostici prodotti chimici	9.822	10.509	11.245
B. 1. e) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc. B. 1. e) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.	2.420	2.590	2.771
B. 1. f) Presidi chirurgici e materiali sanitari B. 1. f) Presidi chirurgici e materiali sanitari	13.932	14.908	15.632
B. 1. g) Materiali protesici e materiali per emodialisi B. 1. g) Materiali protesici e materiali per emodialisi	7.399	7.917	8.302
B. 1. h) Prodotti farmaceutici per uso veterinario B. 1. h) Prodotti farmaceutici per uso veterinario	51	55	59
B. 1. i) Materiali chirurgici, sanitari e diagnostici per uso veterinario B. 1. i) Materiali chirurgici, sanitari e diagnostici per uso veterinario	95	102	109
B. 1. j) Prodotti alimentari B. 1. j) Prodotti alimentari	142	152	163
B. 1. k) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere B. 1. k) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	261	279	299
B. 1. l) Combustibili, carburanti e lubrificanti B. 1. l) Combustibili, carburanti e lubrificanti	3.778	4.043	4.326

DESCRIZIONE	2007	2008	2009
B. 1. m) Supporti informatici e cancelleria B. 1. m) Supporti informatici e cancelleria	651	696	745
B. 1. n) Materiale per la manutenzione di - B. 1. n) Materiale per la manutenzione di -	377	403	431
B. 1. n.)1 - immobili e loro pertinenze	230	246	263
B. 1. n.)2 - mobili e macchine	35	38	40
B. 1. n.)3 - attrezzature tecnico scientifiche sanitarie	95	102	109
B. 1. n.)4 - automezzi (sanitari e non)	16	17	18
B. 1. o) Altro B. 1. o) Altro	572	613	655
B.2) Acquisti di servizi	277.391	279.580	282.500
B. 2. 1) per medicina di base B. 2. 1) per medicina di base	43.505	46.550	49.809
B.2.1.1 da convenzione	43.505	46.550	49.809
B.2.1.2 da pubblico (ASL della Regione)	0	0	0
B.2.1.3 da pubblico (ASL extra Regione)	0	0	0
B. 2. 2) per farmaceutica B. 2. 2) per farmaceutica	67.884	69.498	70.373
B.2.2.1 da convenzione	67.884	69.498	70.373
B.2.2.2 da pubblico (ASL della Regione)	0	0	0
B.2.2.3 da pubblico (ASL extra Regione)	0	0	0
B. 2. 3) per assistenza specialistica ambulatoriale - B. 2. 3) per assistenza specialistica ambulatoriale -	20.383	20.012	19.648
B. 2. 3)1- da pubblico (ASI, e Aziende osp. della Regione)	0	0	0
B. 2. 3)2- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	1.749	1.749	1.749
B. 2. 3.)3- da pubblico (extra Regione)	82	82	82
B. 2. 3.)4- da privato	18.552	18.181	17.817
B. 2 . 4) per assistenza riabilitativa - B. 2 . 4) per assistenza riabilitativa -	26.128	24.299	22.598
B. 2. 4.)1- da pubblico (ASI, e Aziende osp. della Regione)	0	0	0
B. 2. 4.)2- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	0	0	0
B. 2. 4.)3- da pubblico (extra Regione)	0	0	0
B. 2 . 4)4- da privato	26.128	24.299	22.598
B. 2 . 5) per assistenza integrativa e protesica - B. 2 . 5) per assistenza integrativa e protesica -	6.277	6.151	6.028
B. 2. 5.)1- da pubblico (ASI, e Aziende osp. della Regione)	0	0	0
B. 2. 5.)2- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	0	0	0
B. 2. 5.)3- da pubblico (extra Regione)	1	1	1
B. 2. 5.)4- da privato	6.276	6.150	6.027
B. 2. 6.) per assistenza ospedaliera - B. 2. 6.) per assistenza ospedaliera -	63.213	60.064	58.271
B. 2. 6)1- da pubblico (ASL e Aziende osp. della Regione)	0	0	0
B. 2. 6.)2- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	0	0	0
B. 2. 6.)3- da pubblico (extra Regione)	102	108	114
B. 2. 6.)4- da privato	63.111	59.956	58.157
B. 2. 7) per altra assistenza - B. 2. 7) per altra assistenza -	6.831	6.694	6.560
B. 2. 7.)1- da pubblico (ASL e Aziende osp. Della Regione)	0	0	0
B. 2. 7.)2- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	0	0	0
B. 2. 7.)3- da pubblico (extra Regione)	0	0	0
B. 2 .7.)4- da privato	6.831	6.694	6.560
B. 2. 8) Compartecipazione sanitaria al personale dei ruolo san. per att. libero-prof. (intramoenia) B. 2. 8) Compartecipazione sanitaria al personale dei ruolo san. per att. libero-prof. (intramoenia)	1.928	2.063	2.208

DESCRIZIONE	2007	2008	2009
B. 2. 9) Rimborsi, assegni e contributi B. 2. 9) Rimborsi, assegni e contributi	727	773	824
B. 2. 9.)1 contributi ad associazioni di volontariato	183	213	247
B. 2. 9.)2 altro	544	560	577
B. 2. 10) Consulenze B. 2. 10) Consulenze	1.370	1.370	1.370
B. 2. 10)1 sanitarie	933	986	1.034
B. 2. 10.)2 non sanitarie	437	384	336
B. 2. 11) Altri servizi sanitari B. 2. 11) Altri servizi sanitari	10.698	12.559	14.681
B. 2. 11)1 trasporti sanitari per l'emergenza	1.919	2.187	2.493
B. 2. 11)2 trasporti sanitari per l'urgenza	90	103	117
B. 2. 11)3 altro	8.689	10.269	12.070
Nota D B. 2. 12) Formazione (esternalizzata e non) B. 2. 12) Formazione (esternalizzata e non)	820	1.000	1.000
B. 2. 13) Servizi non sanitari B. 2. 13) Servizi non sanitari	26.257	27.177	27.761
B. 2. 13)1 Lavanderia	1.765	1.835	1.888
B. 2. 13.)2 Pulizia	3.233	3.361	3.457
B. 2. 13)3 Mensa	5.835	6.065	6.240
B. 2. 13)4 Riscaldamento	0	0	0
Nota E B. 2. 13)5 Elaborazione dati	6.750	6.900	6.900
B. 2. 13)6 Servizi trasporti (non sanitari)	8	9	9
B. 2. 13)7 Smaltimento rifiuti	1.259	1.309	1.346
B. 2. 13) 8 Utenze telefoniche	1.193	1.240	1.276
B. 2. 13)9 Altre utenze	3.228	3.355	3.452
B. 2. 13)10 Altro	2.986	3.104	3.194
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	8.912	9.045	9.181
B. 3. .)a - agli immobili e loro pertinenze B. 3. .)a - agli immobili e loro pertinenze	5.744	5.830	5.917
B. 3. .)b - ai mobili e macchine B. 3. .)b - ai mobili e macchine	447	453	460
B. 3. .)c - alle attrezzature tecnico-scientifico sanitarie B. 3. .)c - alle attrezzature tecnico-scientifico sanitarie	2.625	2.664	2.704
B. 3. .)d - per la manut. di automezzi (sanitari e non) B. 3. .)d - per la manut. di automezzi (sanitari e non)	96	98	99
B.4) Godimento di beni di terzi	3.652	4.091	4.581
B. 4. .)a Fitti reali B. 4. .)a Fitti reali	307	344	385
B. 4. .)b Canoni di noleggio B. 4. .)b Canoni di noleggio	2.355	2.638	2.955
B. 4. .)c Canoni di leasing operativo B. 4. .)c Canoni di leasing operativo	654	733	820
B. 4. .)d Canoni di leasing finanziario B. 4. .)d Canoni di leasing finanziario	0	0	0
B. 4. .)e Altro B. 4. .)e Altro	336	376	421
B. 5) Personale del ruolo sanitario	173.106	177.715	182.923
Nota F B. 6) Personale del ruolo professionale	353	353	353
Nota G B. 7) Personale del ruolo tecnico	21.354	20.976	20.696
B. 8) Personale del ruolo amministrativo	12.167	12.703	13.057
B. 9) Oneri diversi di gestione	6.732	7.001	7.281
B. 9. .)a Indennità, rimborso spese e oneri sociali per i membri degli Organi Direttivi B. 9. .)a Indennità, rimborso spese e oneri sociali per i membri degli Organi Direttivi	821	853	888
B. 9. .)b Premi di assicurazione B. 9. .)b Premi di assicurazione	2.297	2.389	2.485
B. 9. .)c Spese legali B. 9. .)c Spese legali	385	400	416

DESCRIZIONE	2007	2008	2009
B. 9.)d Altro B. 9.)d Altro	3.229	3.358	3.493
B. 10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	2.060	2.266	2.493
B. 11) Ammortamento dei fabbricati	2.501	2.752	3.027
B. 11.)a disponibili B. 11.)a disponibili	266	293	322
B. 11.)b indisponibili B. 11.)b indisponibili	2.235	2.459	2.705
B. 12) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	3.219	3.702	4.257
B. 13) Svalutazione dei crediti	0	0	0
13.14) Variazione delle rimanenze	540	550	561
B. 14 .)a sanitarie B. 14 .)a sanitarie	363	370	378
B. 14 .)b non sanitarie B. 14 .)b non sanitarie	176	180	184
B. 15) Accantonamenti tipici dell'esercizio	7.131	7.345	7.565
B. 15 .)a per rischi B. 15 .)a per rischi	0	0	0
B. 15 .)b per trattamento di fine rapporto B. 15 .)b per trattamento di fine rapporto	0	0	0
B. 15 .)c per premio di operosità (SUMAI) B. 15 .)c per premio di operosità (SUMAI)	425	438	451
B. 15 .)d altri accantonamenti B. 15 .)d altri accantonamenti	6.705	6.906	7.114
Totale costi della produzione (B)	580.724	594.683	609.145
C. 1) Interessi attivi	105	105	105
C. 1 .)a su c/tesoreria C. 1 .)a su c/tesoreria	0	0	0
C. 1 .)b su c/c postali e bancari C. 1 .)b su c/c postali e bancari	42	42	42
C. 1 .)c vari C. 1 .)c vari	63	63	63
C.2) Altri proventi	0	0	0
C.3) Interessi passivi	962	962	962
C. 3 .)a per anticipazioni di tesoreria C. 3 .)a per anticipazioni di tesoreria	43	43	43
C. 3 .)b su mutui C. 3 .)b su mutui	0	0	0
C. 3 .)c altri interessi passivi C. 3 .)c altri interessi passivi	919	919	919
C.4) Altri oneri	0	0	0
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-857	-857	-857
D. 1) Rivalutazioni	0	0	0
D.2) Svalutazioni	0	0	0
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0	0	0
E.1) Minusvalenze	0	0	0
E.2) Plusvalenze	0	0	0
E. 2.)a vendita di beni fuori uso E. 2.)a vendita di beni fuori uso	0	0	0
E. 2.)b altro E. 2.)b altro	0	0	0
E.3) Accantonamenti non tipici dell'attività sanitaria	-50	-50	-50
E.4) Concorsi, recuperi, rimborsi per attività non tipiche	0	0	0
E.5) Sopravvenienze e insussistenze	0	0	0
E. 5. a.1) sopravvenienze attive E. 5. a.1) sopravvenienze attive	0	0	0
E. 5. a.2) insussistenze passive E. 5. a.2) insussistenze passive	0	0	0
E. 5. b.1) sopravvenienze passive E. 5. b.1) sopravvenienze passive	0	0	0
E. 5. b.2) insussistenze attive E. 5. b.2) insussistenze attive	0	0	0
Totale proventi e oneri straordinari (E)	-50	-50	-50
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/-D +/-E)	-36.446	-32.624	-28.664
IRAP	17.334	18.374	19.476
Imposte, tasse, tributi a carico dell'azienda	91	96	102
Accantonamento imposte	79	83	88
Totale imposte e tasse	17.503	18.554	19.667

DESCRIZIONE	2007	2008	2009
UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO	-53.949	-51.178	-48.331
Tasse ed Imposte	29.151	29.151	29.151
Fondino	29.000	25.000	20.000
Totale	4.202	2.973	820

Analisi delle attuali percentuali di allocazione di risorse tra i LEA

Dai modelli LA innanzi riportati risalta che la spesa ospedaliera assorbe un eccesso di risorse a scapito dell'assistenza territoriale.

Pertanto nel piano si è proceduto a programmare il riequilibrio della spesa ospedaliera entro gli indirizzi nazionali, con il conseguente bilanciamento della spesa territoriale a gestione diretta, trasferendo alcuni servizi dall'ospedale al territorio e contemporaneamente riducendo i servizi sanitari in convenzione.

RIEPILOGO MANOVRA CORRETTIVA 2007 – 2009

	2006	2007			2008			2009		
	IV Trimestre	Tendenziale	Programmatico	Effetto della manovra	Tendenziale	Programmatico	Effetto della manovra	Tendenziale	Programmatico	Effetto della manovra
				-			-			-
Personale	207.290	213.064	206.980	6.084	219.014	211.747	7.267	225.145	217.029	- 8.116
				-			-			-
Prodotti farmaceutici	22.774	22.774	22.774	-	22.774	22.774	-	22.774	22.774	-
Altri beni e servizi	82.587	89.996	86.575	3.420	96.790	93.515	3.275	103.694	99.070	- 4.624
Consulenze, rimborsi, altri servizi sanitari	16.030	18.383	12.795	5.588	21.132	14.702	6.430	24.351	16.874	- 7.477
Totale Beni e servizi	121.391	131.153	122.144	9.008	140.696	130.991	9.705	150.819	138.718	- 12.100
				-			-			-
Medicina di base	40.659	43.505	43.505	-	46.550	46.550	-	49.809	49.809	-
Farmaceutica convenzionata	70.223	72.330	67.884	4.446	74.500	69.498	5.002	76.735	70.373	- 6.362
Altre prestazioni da privato	131.408	147.810	120.898	26.912	165.603	115.280	50.323	185.767	111.159	- 74.608
Prestazioni da pubblico	1.650	1.749	1.749	-	1.749	1.749	-	1.749	1.749	-
				-			-			-
Imposte e tasse	15.578	17.503	17.503	-	18.554	18.554	-	19.667	19.667	-
Interessi passivi	962	962	962	-	962	962	-	962	962	-
				-			-			-
Totale costi al netto del saldo voci straordinarie e intramoenia	589.161	628.076	581.626	46.451	667.628	595.331	72.297	710.652	609.466	- 101.186

Tabella di sintesi del piano di rientro 2007 - 2009

	Importi in Milioni di Euro	IV trim 2006	2007	2008	2009
(1)	Fabbisogno FSN (ddl Fin.ria 2007 e accordo 9.11.06)	492.867	509.047	525.581	542.990
(2)	Saldo Mobilità Interregionale (da Riparto FSN)	7.813	7.813	7.813	7.813
(3)	Altri Fin.ti vincolati	8.180	8.894	9.243	9.611
(4)	Altri Proventi (al netto ticket)	4.766	4.632	4.829	5.036
	ticket	6.309	6.561	6.824	7.097
(5)=(1)+(2)+(3)+(4)	RICAVI TOTALI	519.935	536.947	554.290	572.547
(6)	COSTI TENDENZIALI PER TAVOLO DI MONITORAGGIO (al netto ammortamenti, mobilità , svalutazione crediti)	591.362	634.795	674.325	717.295
(7)=(5)-(6)	Risultato di gestione per "Tavolo di Monitoraggio"	-71.427	-97.848	-120.034	-144.748
(8)	Effetto manovre DDL Finanziaria 2007		1.992	2.048	2.048
(9)	Misure Regionali di Risparmio		46.451	72.297	101.186
(10)=(8)+(9)	TOTALE MANOVRA SUI COSTI ED ENTRATE		48.442	74.345	103.234
	Coperture:				
(11)	Incremento MAX Irpef e IRAP e altre entrate (al netto rata ammortamento debito al 31/12/2005)	29.151	23.024	23.151	23.151
(12)	Contributo per Affiancamento	22.344	29.000	25.000	20.000
(13)	Ulteriore copertura da bilancio regionale	19.933			
(14)=(11)+(12)+(13)	TOTALE COPERTURE	71.427	52.024	48.151	43.151
(15)=(7)+(10)+(14)	RISULTATO DI GESTIONE DOPO MANOVRE E COPERTURE	0	2.619	2.461	1.637

GESTIONE DEL DEBITO AL 31/12/2005				
rata di ammortamento da pagare a valere sulle entrate fiscali regionali		6.127	6.000	6.000

Situazione del debito cumulato fino al 31 dicembre 2005

Il debito cumulato fino al 31 dicembre 2005 verso fornitori e cessionari allo stato è valutabile in linea capitale, in circa 396 milioni di euro che, al netto di 7,7 milioni relativi a poste interne al sistema regionale e a pagamenti effettuati nel corso del 2006, sono rideterminati in **388 milioni di euro** di cui:

1. **225 milioni** circa in linea capitale oggetto di varie operazioni finanziarie da ammortizzare fino al 2016 secondo il seguente profilo finanziario:
 - 4,9 mln nel 2006;
 - 15,8 mln nel 2007;
 - 16,9 mln nel 2008;
 - 17,4 mln nel 2009
 - 38,8 mln nel 2010;
 - 34,2 mln annui dal 2011 fino al 2014;
 - 29,8 mln annui dal 2015 al 2016 compreso;
2. i restanti **170 milioni** circa non oggetto di operazioni finanziarie.

Ai predetti 388 milioni vanno aggiunti circa 8,3 mln di indennizzi che la regione deve corrispondere nel corso del 2007 riferiti alle predette operazioni finanziarie, per complessivi **397 mln di euro** circa. A fronte di tale importo, la regione ha titolo alle seguenti entrate:

- spettanze residue anni 2001-2005 (subordinate per l'anno 2005 all'approvazione del DPCM di riparto delle somme da compartecipazione IVA): 189 milioni di euro (di cui 10 milioni erogati a fine 2006). Tuttavia, considerato che la Regione ha già anticipato, rispetto ai predetti 189 mln, al settore sanitario circa 118 milioni di euro, delle previste erogazioni statali soltanto **72 milioni** circa (di cui 10 milioni erogati a fine 2006) sono destinabili alla sanità e all'ammortamento del debito;
- ripiano dei disavanzi 2002-2004: **8,4 milioni** di euro;
- somme derivanti dall'incremento automatico delle aliquote fiscali relativo all'anno di imposta 2006, con riferimento alla copertura del disavanzo 2005 (articolo 1, comma 174, legge 311/2004) e dalle misure fiscali regionali: 25 milioni di euro. In considerazione della destinazione di 6 milioni alla copertura del disavanzo 2006, il valore che può essere destinato all'ammortamento del debito relativo agli anni 2005 e precedenti è pari a circa **19 milioni** di euro,

per complessivi **99 milioni** di euro.

Conseguentemente il debito è rideterminato in circa **297 milioni** di euro.

Considerando l'ulteriore copertura derivante dal concorso statale al ripiano dei disavanzi 2005 e precedenti (D.L. 23/2007), stimabile in circa **200 milioni** di euro, il debito residuo risulta pari a circa **97 milioni** di euro in linea capitale.

Con riferimento al predetto livello di **225 milioni** di debito oggetto di transazioni finanziarie:

- 1) la regione si impegna ad attivare, a decorre dalla data di sottoscrizione dell'Accordo con lo Stato ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 311/2004, con la consulenza tecnico-finanziaria dello Stato, le procedure atte all'estinzione anticipata del debito;
- 2) lo Stato si impegna ad attivare gli strumenti legislativi ed amministrativi per consentirne il rimborso anticipato, mediante l'erogazione alla Regione di una somma a titolo di prestito di ammontare pari a **97 milioni** di euro;
- 3) in relazione a tale operazione finanziaria da parte dello Stato, la regione garantisce per via legislativa la copertura e conseguentemente si impegna a rimborsare mediante versamento annuale all'entrata

del bilancio dello Stato, a decorrere dal 2008, una somma pari a **6 milioni** di euro annui per trenta anni. L'importo di detta rata deriva dall'applicazione di un interesse, a carico della Regione, pari al 4.57%, ovvero il tasso corrente di mercato relativo al BTP scadenza febbraio 2037, ed equivalente ad un tasso euribor a 6 mesi + 14.5 punti base.

Se dalle operazioni di accertamento definitivo del debito cumulato al 31 dicembre 2005 emergerà un livello del debito inferiore, in conseguenza del quale lo Stato procederà all'erogazione di un prestito in favore della Regione di entità inferiore, la predetta rata di 6 milioni di euro a carico della regione sarà conseguentemente rideterminata.

* * *

Ricognizione delle posizioni debitoria e creditoria e procedure di pagamento.

Con riferimento al debito che non è stato oggetto di transazione finanziaria, la Regione si impegna a procedere all'accertamento completo e definitivo della situazione debitoria, ivi comprese le eventuali somme dovute a titolo di interesse per i ritardati pagamenti, entro il 30/06/2007. Ciò anche al fine di predisporre gli adeguati strumenti di copertura. A tal fine la Regione si impegna ad attivare il seguente procedimento accertativo che coinvolgerà anche la posizione debitoria regionale generata dalla gestione dell'esercizio 2006.

La struttura amministrativa responsabile del procedimento è individuata presso l'Assessorato al Bilancio

(1) procedura di determinazione della posizione debitoria

- a. La struttura amministrativa di cui sopra acquisisce dalle aziende l'elenco completo dei loro fornitori, nonché di ogni altro soggetto creditore delle aziende stesse, ai quali invia un prospetto standard in formato elettronico, con il quale si richiedono:
 - i. Dettaglio fatture emesse fino al 31.12.2005 (Numero, data, importo, nota di credito, eventuali anticipi ricevuti, indicazione di eventuali cessionari e/o mandatarî all'incasso, procedure legali in corso, ASL/AO debitrice) e di ogni altro titolo che abbia dato luogo ad iscrizione di un credito da parte dei soggetti terzi;
 - ii. Dettaglio fatture emesse dal 1 gennaio 2006 sino al 31.12.2006 (Numero, data, importo, nota di credito, eventuali anticipi ricevuti, indicazione di eventuali cessionari e/o mandatarî all'incasso, procedure legali in corso, ASL/AO debitrice) e di ogni altro titolo che abbia dato luogo ad iscrizione di un credito da parte dei soggetti terzi;
- b. La struttura amministrativa richiede alle Aziende sanitarie, distintamente per ciascun soggetto per il quale risulti aperta una posizione debitoria:
 - i. Dettaglio fatture ricevute fino al 31.12.2005 (Numero, data, importo, nota di credito, eventuali anticipi versati, indicazione di eventuali notifiche ricevute di cessionari e/o mandatarî all'incasso, procedure legali in corso) e ogni altro titolo che abbia dato luogo ad iscrizione di un debito;
 - ii. Dettaglio fatture ricevute dal 1 gennaio 2006 sino al 31.12.2006 (Numero, data, importo, nota di credito, eventuali anticipi versati, indicazione di eventuali notifiche ricevute di cessionari e/o mandatarî all'incasso, procedure legali in corso) e ogni altro titolo che abbia dato luogo ad iscrizione di un debito;
 - iii. Dettaglio dei titoli che abbiano dato luogo a iscrizione di debiti verso altri soggetti;
 - iv. Verifica dei documenti sottostanti alle scritture contabili e della sussistenza del debito aziendale.
- c. Sulla base delle informazioni ricevute, la struttura amministrativa verifica e riconcilia le posizioni per le quali sussiste una coincidenza di informazioni rese dalle aziende e dai

soggetti creditori. I relativi dati sono trasmessi alle aziende. Le aziende e la struttura amministrativa procedendo alla certificazione delle posizioni debitorie pagabili.

Relativamente alle posizioni non riconciliate la struttura dispone un supplemento di istruttoria, fornendo in proposito istruzioni puntuali alle proprie aziende.

In particolare ove la posta risulti iscritta a debito dell'azienda sanitaria, ma non a credito di terzi, l'indagine è volta a stabilire se possa essere cancellata dalla contabilità aziendale. In particolare la struttura amministrativa procede alla ricognizione delle procedure di pignoramento subite dalle aziende, verificando la cancellazione dalle rispettive contabilità dei debiti per i quali le procedure si sono concluse; procede alla verifica e alla cancellazione dei debiti che, inseriti nelle operazioni di cartolarizzazione/ristrutturazione finanziaria, non sono stati cancellati dai debiti commerciali. L'insussistenza del debito è certificata dall'azienda sanitaria e dalla struttura amministrativa che ne ordina e ne verifica la cancellazione dalla contabilità aziendale. Dei debiti cancellati è data informazione a specifica struttura amministrativa presso l'Assessorato al bilancio, ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze. La struttura amministrativa dispone e verifica che presso le aziende sia apposto un timbro sulle fatture o altri titoli indicante l'avvenuto pagamento ovvero altra causa che ha dato luogo alla cancellazione del debito.

Ove il debito non risulti iscritto nella contabilità l'azienda richiede al creditore la produzione della documentazione idonea a dimostrare il proprio credito. Le procedure per il riconoscimento del credito vantato dai terzi e la conseguente iscrizione in contabilità del debito aziendale sono precisamente fissate dalla struttura amministrativa regionale. Tutte le iscrizioni di debiti sono certificate dall'azienda sanitaria e dalla struttura amministrativa e sono comunicate alla specifica struttura amministrativa presso l'Assessorato al bilancio, ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze.

- d. Con riferimento alle posizioni per le quali sussiste un contenzioso in atto la struttura amministrativa si avvale di un adeguato supporto tecnico-legale. Le posizioni sono elencate e per ciascuna sono fornite informazioni sul contenzioso alla specifica struttura amministrativa presso l'Assessorato al bilancio.
- e. La struttura amministrativa predispone un elenco delle posizioni di debito/credito interne al sistema sanitario regionale.

(2) procedura di determinazione della posizione creditoria

- a. La struttura amministrativa procede alla ricognizione puntuale dei crediti vantati dalle aziende verso soggetti terzi. In particolare, per ciascuna azienda, individua l'elenco completo dei soggetti debitori, del titolo da cui discende il credito aziendale, di eventuali contenziosi in essere. Sulla base di questa ricostruzione procede ad un riscontro presso i debitori individuati al fine della riconciliazione del dato.

Relativamente alle posizioni non riconciliate la struttura dispone un supplemento di istruttoria fornendo in proposito istruzioni puntuali alle proprie aziende. In particolare ove sia accertata, l'insussistenza o l'inesigibilità del credito è certificata dall'azienda e dalla struttura amministrativa che ne ordina e ne verifica la cancellazione dalla contabilità aziendale. Dei crediti cancellati è data informazione alla specifica struttura amministrativa presso l'Assessorato al bilancio, ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze.

- b. Con riferimento alle posizioni per le quali sussiste un contenzioso in atto la struttura amministrativa si avvale di un adeguato supporto tecnico-legale. Le posizioni sono elencate e per ciascuna sono fornite informazioni sul contenzioso alla specifica struttura amministrativa presso l'Assessorato al bilancio.

(3) procedura di pagamento del debito cumulato fino al 31 dicembre 2005

Sulla base della ricognizione del debito effettuata, la struttura amministrativa presso l'Assessorato al bilancio informa mensilmente (oltre che la struttura amministrativa presso l'Assessorato alla sanità) i Ministeri dell'economia e delle finanze e della salute al fine di procedere al pagamento dei debiti certificati.

La struttura amministrativa presso l'Assessorato al bilancio gestisce in modo accentrato il pagamento dei debiti certificati, avvalendosi delle somme che si renderanno via via disponibili (progressive erogazioni statali e altre somme riscosse) e che si riferiscono a poste di bilancio relative agli anni 2005 e precedenti. E' tassativamente escluso l'utilizzo delle risorse correnti, ivi comprese quelle relative a poste di bilancio afferenti all'anno 2006, per il pagamento dei predetti debiti.

All'atto del pagamento la struttura amministrativa verifica l'immediata cancellazione dalle contabilità aziendali del debito estinto, dispone e verifica che sia apposto un timbro sulle fatture o altri titoli indicante l'avvenuto pagamento.

Del pagamento e della cancellazione del relativo debito la struttura amministrativa dà comunicazione (oltre che alla struttura amministrativa presso l'Assessorato alla sanità) ai predetti Ministeri, allegando copia dei titoli di pagamento e copia dei conti di bilancio da cui si evinca la cancellazione delle poste debitorie.

Linee guida per l'adeguamento alle indicazioni del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008

LINEE ATTUATIVE DEL PSN 2006-2008

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 partendo dall'analisi del contesto italiano nei vari ambiti istituzionali, demografici ed economici individua i vincoli e le opportunità di cui tener conto nel suo triennio di vigenza.

Nel rispetto delle competenze statali e regionali definite dalla modifica al titolo V della Costituzione introdotto dalla legge costituzionale 3/2001, il PSN riconosce come obiettivo centrale del SSN la garanzia dell'effettiva capacità del sistema di erogare i livelli essenziali di assistenza nel rispetto delle caratteristiche fondanti il Servizio stesso, in particolare: l'universalità, la sostanziale gratuità di accesso a prestazioni appropriate, la garanzia uniforme delle stesse nel Paese, il rispetto della libera scelta e del pluralismo erogativo.

Il PSN assume la necessità che lo Stato e le Regioni si impegnino in una cooperazione sinergica per individuare strategie condivise al fine di superare le disuguaglianze ancora presenti in termini di risultati di salute, di accessibilità e di promozione di una sempre maggiore qualità dei servizi, nel rispetto delle risorse programmate.

Nell'attuale quadro di federalismo sanitario, il PSN indica la necessità che Governo e Regioni concordino linee di indirizzo perché le strategie individuate possano declinarsi in programmi attuativi, nel rispetto delle autonomie regionali e delle diversità territoriali.

Trasversalmente alle strategie di sviluppo del sistema lo Stato e le Regioni, nell'ambito delle proprie competenze, devono concorrere alla individuazione e alla attuazione delle modalità e degli strumenti della cooperazione tra i vari livelli istituzionali rispettosi della sussidiarietà orizzontale e verticale.

Uno strumento proficuamente utilizzato nel triennio di vigenza del precedente PSN è lo strumento pattizio degli accordi e dell'intesa, sanciti in Conferenza Stato-Regioni, quale modalità nuova e sussidiaria per affrontare e risolvere le problematiche che vedevano coinvolti i diversi livelli di governo sui problemi in materia di tutela della salute. Il Piano conferma tale strumento come modalità di attuazione dei principi e obiettivi da esso stabiliti.

Altro strumento è quello degli accordi tra tutte le Regioni o tra alcune Regioni per quelle materie di interesse regionale, che pur nel rispetto dell'autonomia regionale, vengono meglio affrontate tramite linee operative comuni, come ad es. accordi per la costituzione di reti di servizi assistenziali o tra piccole regioni e grandi o tra regioni vicine per la messa in comune di particolari servizi o l'erogazione di altri.

Una tematica particolarmente presente nel PSN 2006-2008 è l'integrazione, non solo tra le varie componenti e i vari livelli del SSN, ma anche di tutti gli altri attori istituzionali, per lo sviluppo di politiche intersettoriali in cui un ruolo rilevante abbia la valutazione che le politiche stesse hanno in termini di promozione e mantenimento dello stato di salute. Un ambito dove l'integrazione è essenziale per il raggiungimento di risultati duraturi e tangibili è il socio-sanitario, per questo va potenziata la sinergia tra ASL e Comuni tramite una programmazione integrata e partecipata per rendere finalmente fruibile omogeneamente sul territorio l'assistenza socio-sanitaria, oggi erogata in alcune realtà locali in maniera frammentaria e discontinua.

Infine vanno individuate modalità agili di condivisione ed implementazione di strumenti tecnici quali linee guida, standard, protocolli, modelli operativi per particolari tematiche la cui importanza richiede una validazione congiunta tra lo Stato e le Regioni.

1. La garanzia dei LEA

Per garantire che l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sia efficace, appropriata ed omogenea sul territorio nazionale, nell'ambito delle risorse programmate, occorre rendere coerente la programmazione dell'offerta sanitaria con il mutare dei contesti socio-economici, tecnologici e soprattutto demografico-epidemiologici e della conseguente domanda di assistenza territoriale scaturita in particolare dalla cronicità, di cui il SSN non si è fatto ancora sufficientemente carico in alcune zone del Paese.

E' necessario, pertanto:

- partendo dall'analisi della domanda, stabilire gli standard quantitativi e qualitativi dei livelli, al di sotto dei quali essi non possono essere considerati garantiti, in particolare per l'assistenza domiciliare integrata, per l'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani e disabili, tenendo conto dell'esperienza maturata in altri ambiti regionali;
- adottare provvedimenti per il raggiungimento, entro il triennio di vigenza del PSN 2006-2008, degli standard stabiliti;
- individuare le prestazioni che, più frequentemente, sono oggetto di eccessiva variabilità ed inappropriatezza prescrittiva e definirne le condizioni di erogabilità;
- rendere accessibili in maniera omogenea sul territorio regionale le prestazioni specialistiche di alta complessità, con particolare riguardo a quelle prestazioni che hanno importanti ricadute in termini di esiti;
- finalizzare il completamento del programma ex articolo 20 della legge 67/88 al superamento del divario strutturale nell'offerta sanitaria tra le diverse realtà regionali.
- adottare provvedimenti per la garanzia dell'accessibilità alle prestazioni dei livelli di assistenza su tutto il territorio regionale, tenendo conto delle peculiarità presenti nelle isole minori e nelle comunità montane isolate.

2. Riorganizzare le cure primarie

Il ruolo primario nel governo della domanda e dei percorsi sanitari è del medico di medicina generale, ma perché il MMG possa assumere pienamente questa funzione è necessario completare il percorso che conduce alla realizzazione di forme aggregate ed integrate di organizzazione della medicina primaria, con il coinvolgimento dei medici di continuità assistenziale e degli altri specialisti territoriali.

In tal senso va portata avanti anche la riorganizzazione dell'assistenza pediatrica, favorendo forme associative dei pediatri di libera scelta e la condivisione di spazi e studi con i MMG al fine di favorire una collaborazione che possa garantire la continuità assistenziale nel passaggio dall'età pediatrica all'età adulta.

Nel triennio occorre:

- completare, nell'ambito dell'attuazione degli accordi convenzionali con i MMG e i PLS, il processo di riorganizzazione delle cure primarie;
- perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei MMG, dei PLS, MCA con l'ospedale e con i servizi e le attività distrettuali

3. La razionalizzazione della rete ospedaliera

Lo sviluppo tumultuoso della tecnologia, l'incremento vertiginoso dei costi, l'altissima specializzazione richiesta all'ospedale, l'evoluzione delle tecniche chirurgiche ed anestesologiche che consentono di effettuare sempre più interventi in regime di ricovero diurno, rendono necessaria una riflessione sullo sviluppo che la rete ospedaliera dovrà assumere nel medio e lungo periodo. E' necessario che l'offerta si differenzi in base ai livelli di complessità raggiunti dalle strutture ospedaliere, in particolare organizzandosi in ospedali di altissima specializzazione nei quali concentrare la casistica più complessa, che possano assumere funzioni di riferimento rispetto ai presidi ospedalieri di medie dimensioni o di livello locale e alle strutture territoriali, mediante protocolli di accesso condivisi, la messa in rete, l'elaborazione di linee guida e la formazione anche a distanza.

Una particolare attenzione nell'ambito delle cure ospedaliere va posta alla prevenzione e al contenimento del dolore, soprattutto in quelle condizioni in cui è spesso sottovalutato, come ad esempio durante il travaglio e nel parto.

La razionalizzazione dell'erogazione delle prestazioni ospedaliere e l'incremento delle attività in ricovero diurno consentirà di portare a termine, nelle Regioni in cui il processo non è ancora concluso, la riorganizzazione della rete ospedaliera adeguando la funzionalità e la dotazione di posti letto regionali agli standard previsti dall'intesa 23 marzo 2005.

Nel triennio occorre:

- adeguare la rete ospedaliera a quanto previsto dall'intesa 23 marzo 2005, nei tempi previsti dall'intesa stessa;
- recepire ed attuare nelle aziende e nei presidi ospedalieri i contenuti dell'accordo Stato-Regioni 24 maggio 2001 "Linee guida inerenti il Progetto Ospedale senza dolore";

- promuovere la realizzazione di reti regionali ospedaliere ed ambulatoriali per particolari patologie o per le specialità non ancora integrate in modelli gestionali;
- sviluppare i rapporti tra i presidi delle reti esistenti per produrre, diffondere e consolidare protocolli diagnostico-terapeutici, in particolare per le malattie rare;
- attivare accordi e procedure che consentano l'attività di team o professionisti impegnati nei centri di altissima complessità assistenziale presso altre strutture del SSN a minor complessità assistenziale.

4. Il governo clinico e la qualità nel SSN

L'obiettivo fondamentale dei programmi di miglioramento della qualità è che ogni paziente riceva quella prestazione che produca il miglior esito possibile in base alle conoscenze disponibili e che comporti il minor rischio di danni conseguenti al trattamento, con il minor consumo di risorse e con la massima soddisfazione per il paziente. Il SSN, riconoscendo questo obiettivo come proprio, ha promosso l'utilizzo nel nostro Paese degli strumenti del Governo clinico per ottenere il miglioramento della qualità delle cure e per lo sviluppo delle capacità complessive e dei capitali del SSN.

Per raggiungere questi obiettivi è necessario nel triennio:

- prevedere nelle strutture ospedaliere unità/funzioni di gestione del rischio multidisciplinari;
- implementare nelle strutture ospedaliere l'utilizzo di linee guida nella pratica clinica, percorsi assistenziali, raccomandazioni, adottando strumenti per la verifica del grado di adesione ad essi raggiunto;
- adottare strumenti per la valutazione degli esiti;
- adottare strumenti per la valutazione della qualità dell'informazione, del grado di empowerment raggiunto dal paziente e del suo gradimento.

5. L'integrazione tra i diversi livelli di assistenza

La degenza ospedaliera si sta riducendo costantemente negli anni grazie allo sviluppo delle tecnologie e all'incremento dell'efficacia dei farmaci. A volte, però, la dimissione, appropriata dal punto di vista clinico, viene ritardata per carenze organizzative che rendono difficile la presa in carico territoriale e la continuità delle cure. Questo accade soprattutto per quei pazienti che richiedono un elevato impegno assistenziale al livello territoriale (anziani fragili, pazienti oncologici in fase avanzata o più in genere pazienti portatori di gravi patologie croniche o che necessitano di interventi riabilitativi).

Anche lo sviluppo del day hospital e della day surgery sono fortemente condizionati dalla capacità del territorio di farsi carico delle necessità socio-assistenziali di pazienti sottoposti a procedure/interventi appropriati per il ricovero di giorno che, per particolari esigenze sanitarie, necessitano successivamente di interventi propri del livello territoriale (ad es. terapia del dolore, controllo di sintomi associati a

procedure, nausea, vomito etc.). In questo settore, il raccordo territorio-ospedale incrementa l'appropriatezza del regime di ricovero.

L'integrazione ospedale territorio è fondamentale anche in altri contesti socio-assistenziali, come ad esempio per l'attuazione di un percorso nascita che consenta la dimissione precoce e protetta della madre e del bambino, favorendo la demedicalizzazione e l'allattamento al seno.

Per consentire l'implementazione dei processi di integrazione è necessario:

- definire ed implementare protocolli per programmare e concordare, quando necessario, la dimissione ospedaliera con le strutture territoriali;
- formulare percorsi diagnostico terapeutici condivisi tra territorio ed ospedale, in cui siano individuati i compiti e le responsabilità;
- garantire la tempestiva presa in carico del paziente da parte della rete territoriale, la valutazione multidimensionale del paziente, l'elaborazione del piano personalizzato di assistenza;
- promuovere per particolari tipologie di pazienti l'adozione di una cartella clinica unica;
- attivare funzioni di teleconsulto e di telemedicina;
- attivare programmi di valutazione in termini di esiti, di efficienza e di gradimento.

6. L'integrazione nel territorio

La copertura di bisogni socio-sanitari complessi, che vedono agire accanto a determinanti sanitari anche e, in qualche caso soprattutto, determinanti sociali, non può essere garantita dall'integrazione tra i vari livelli sanitari (prevenzione, cure primarie percorsi diagnostico-terapeutici territoriali ed ospedalieri), dal momento che in questa area assistenziale, spesso la mancata presa in carico congiunta dei servizi sociali tende a vanificare anche il più complesso intervento sanitario.

I punti chiave dell'integrazione, già realizzati compiutamente in varie aree del Paese sono:

- l'approccio multidisciplinare, volto a promuovere i meccanismi di integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie rese sia dalle professionalità oggi presenti, sia da quelle nuove da creare nei prossimi anni,
- la presa in carico del paziente da parte dei servizi e delle istituzioni allo scopo di coordinare tutti gli interventi necessari al superamento delle condizioni che ostacolano il completo inserimento nel tessuto sociale, quando possibile, o che limitano la qualità della vita.

Per garantire l'integrazione socio-sanitaria occorre nel triennio:

- individuare a livello regionale modalità e regole per la cooperazione interistituzionale a livello locale
- realizzare concretamente una programmazione partecipata ed integrata, sulla base della condivisione di obiettivi e priorità d'intervento sociale e al tempo stesso sanitario, in relazione ai quali destinare le risorse disponibili in capo a ciascun comparto;

- implementare l'integrazione funzionale tra i servizi sanitari e sociali, con le modalità previste dall'attuale normativa (Piani attuativi locali, accordi di programma tra i Comuni e le ASL, Piani delle attività territoriali, etc), per il raggiungimento di obiettivi comuni tramite la concertazione degli interventi e la condivisione delle risorse;
- garantire la valutazione multidimensionale dei pazienti fragili e l'attuazione del piano personalizzato di assistenza tramite il concorso di professionalità sanitarie e sociali per affrontare i bisogni complessi;
- promuovere la partecipazione alla rete socio-sanitaria dei gruppi formali ed informali presenti sul territorio e del privato, valorizzando il ruolo della famiglia, lì dove presente.

7. La Prevenzione

Negli anni si è maturata la consapevolezza dell'efficacia degli interventi di prevenzione, come contenimento dei fattori di rischio, diagnosi precoce e prevenzione delle complicanze, nella lotta alle patologie e alla cronicità, e delle loro valenze etiche nel contrasto alle disuguaglianze, in quanto raggiungono con azioni efficaci anche a quella parte della popolazione che ha difficoltà ad accedere ai servizi.

Il PSN 2006-2008 preso atto della importanza degli strumenti di prevenzione conferma il Piano di Prevenzione attiva 2005-2007 ed estende la sua validità al 2008.

Pertanto tra le linee attuative del Piano stesso si individuano quelle che vengono definite nel Piano di prevenzione attiva che si intendono da estendere e potenziare nel triennio.

1) ACCORDI SANCITI DALLA CONFERENZA STATO-REGIONI RILEVANTI AI FINI DELL'APPLICAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

ANNO 2001

1.1 Oggetto
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SUL DOCUMENTO DI LINEE – GUIDA CONCERNENTI “MALATTIA DI CREUTZFELD – JACOB IN ITALIA: NORME PER L'ASSISTENZA DEI PAZIENTI E PER IL CONTROLLO DELL'INFEZIONE IN AMBIENTE OSPEDALIERO”.
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SUL DOCUMENTO DI “LINEE - GUIDA SULLE MODALITÀ PER L'IDENTIFICAZIONE DEL NEONATO”.

ANNO 2002

1.2 Oggetto
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SULLE MODALITÀ DI EROGAZIONE DEI FONDI RELATIVI AL “PROGRAMMA NAZIONALE PER LA REALIZZAZIONE DI STRUTTURE PER LE CURE PALLIATIVE”, DI CUI ALL'ARTICOLO 1 DEL DECRETO LEGGE 28 DICEMBRE 1998, N. 450, CONVERTITO, CON MODIFICAZIONI, DALLA LEGGE 26 FEBBRAIO 1999, N. 39.
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SUL DOCUMENTO DI LINEE-GUIDA PER IL TRAPIANTO RENALE DA DONATORE VIVENTE E DA CADAVERE.
ACCORDO TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO, SULLE MODALITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE E INDIRIZZI APPLICATIVI SULLE LISTE DI ATTESA.
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SUI REQUISITI DELLE STRUTTURE IDONEE AD EFFETTUARE TRAPIANTI DI ORGANI E DI TESSUTI E SUGLI STANDARD MINIMI DI ATTIVITÀ DI CUI ALL'ARTICOLO 16, COMMA 1, DELLA LEGGE 1° APRILE 1999, N. 91 RECANTE "DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PRELIEVI E DI TRAPIANTI DI ORGANI E DI TESSUTI".

ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO PER L'INDIVIDUAZIONE DEL BACINO DI UTENZA MINIMO, RIFERITO ALLA POPOLAZIONE, CHE COMPORTA L'ISTITUZIONE DEI CENTRI INTERREGIONALI PER I TRAPIANTI, AI SENSI DELL'ARTICOLO 10, COMMA 2, DELLA LEGGE 1° APRILE 1999, N. 91, RECANTE: "DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PRELIEVI E DI TRAPIANTI DI ORGANI E DI TESSUTI".
ACCORDO TRA IL MINISTERO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO CONCERNENTE "LINEE GUIDA PER LE ATTIVITÀ DI COORDINAMENTO PER IL REPERIMENTO DI ORGANI E DI TESSUTI IN AMBITO NAZIONALE AI FINI DEL TRAPIANTO"
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO CONCERNENTE "LINEE GUIDA PER IL PRELIEVO, LA CONSERVAZIONE E L'UTILIZZO DI TESSUTO MUSCOLOSCHELETRICO"
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME CONCERNENTE "LINEE GUIDA PER L'ORGANIZZAZIONE DI UN SISTEMA INTEGRATO DI ASSISTENZA AI PAZIENTI TRAUMATIZZATI CON MIELOLESIONI E/O CEREBROLESÌ.
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SULLE MODIFICHE AL CALENDARIO DELLA VACCINAZIONE ANTIPOLIOMELITICA.
SCHEMA DI ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE E LE REGIONI E PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO IN MATERIA DI CAMPAGNE INFORMATIVE DI SENSIBILIZZAZIONE PER LA IODIOPROFILASSI
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SUI CRITERI DI INDIVIDUAZIONE E DI AGGIORNAMENTO DEI CENTRI INTERREGIONALI DI RIFERIMENTO DELLE MALATTIE RARE.
ACCORDO TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO DI INDICAZIONI PER L'ATTUAZIONE DEL PUNTO A) DELL'ACCORDO STATO-REGIONI DEL 14 FEBBRAIO 2002 (REPERTORIO ATTI N. 1386), SULLE MODALITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE E INDIRIZZI APPLICATIVI SULLE LISTE DI ATTESA
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO CONCERNENTE "LINEE GUIDA PER LA PREVENZIONE SANITARIA E PER LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI".
ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO DI LINEE GUIDA PER L'ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI DAY SURGERY".

ACCORDO TRA IL GOVERNO, LE REGIONI, LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SULLA SEMPLIFICAZIONE DELLE PROCEDURE PER L'ATTIVAZIONE DEI PROGRAMMI DI INVESTIMENTO IN SANITÀ”.

ANNO 2003

1.3 Oggetto

ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO RELATIVO AGLI ASPETTI IGIENICO-SANITARI CONCERNENTI LA COSTRUZIONE, LA MANUTENZIONE E LA VIGILANZA DELLE PISCINE A USO NATATORIO.

ACCORDO TRA IL GOVERNO, LE REGIONI, E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO, RELATIVO ALLA DEFINIZIONE DI ALCUNE MODALITÀ APPLICATIVE DEGLI ARTICOLI 3 COMMA 1, 4 COMMA 1 , 7 COMMA 2 DELL'ATTO DI INDIRIZZO E COORDINAMENTO APPROVATO CON DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 1° DICEMBRE 2000, PER IL RIMBORSO DELLE SPESE DI SOGGIORNO PER CURE DEI SOGGETTI PORTATORI DI HANDICAP IN CENTRI ALL'ESTERO DI ELEVATA SPECIALIZZAZIONE.

ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE:”LINEE-GUIDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'UTILIZZO EXTRAOSPEDALIERO DEI DEFIBRILLATORI SEMIAUTOMATICI

ACCORDO TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SUL DOCUMENTI RECANTE “INDICATORI PER LA VERIFICA DEI RISULTATI OTTENUTI DALLA RETE DI ASSISTENZA AI PAZIENTI TERMINALI E PER LA VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI EROGATE

ACCORDO TRA I MINISTRI DELLA SALUTE, DELL'AMBIENTE E DELLA TUTELA DEL TERRITORIO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO, PER L'ADOZIONE DEI PIANI NAZIONALI TRIENNALI DI SORVEGLIANZA SANITARIA ED AMBIENTALE SU EVENTUALI EFFETTI DERIVANTI DALL'UTILIZZAZIONE DEI PRODOTTI FITOSANITARI. ACCORDO -

ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE: “LINEE GUIDA SU FORMAZIONE, AGGIORNAMENTO E ADDESTRAMENTO PERMANENTE DEL PERSONALE OPERANTE NEL SISTEMA DI EMERGENZA/URGENZA”.

ACCORDO TRA MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE: “LINEE-GUIDA IN TEMA DI RACCOLTA, MANIPOLAZIONE E IMPIEGO CLINICO DELLE CELLULE STAMINALI EMPOIETICHE (CSE).”

ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE: "AGGIORNAMENTO DEL PREZZO UNITARIO DI CESSIONE DEL SANGUE E DEGLI EMOCOMPONENTI TRA SERVIZI SANITARI PUBBLICI".

ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO : "PIANO NAZIONALE PER L'ELIMINAZIONE DEL MORBILLO E DELLA ROSOLIA CONGENITA"

ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO PER LA DEFINIZIONE DEI REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI MINIMI RICHIESTI PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI VETERINARIE DA PARTE DI STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE

ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO : "LINEE GUIDA PER L'ACCERTAMENTO DELLA SICUREZZA DEL DONATORE DI ORGANI".

ANNO 2004

1.4 Oggetto

ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SULLE "LINEE GUIDA PER L'IDONEITÀ ED IL FUNZIONAMENTO DEI CENTRI INDIVIDUATI DALLE REGIONI COME STRUTTURE IDONEE AD EFFETTUARE TRAPIANTI DI ORGANI E DI TESSUTI".

ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO, SULLE TIPOLOGIE DI TRAPIANTO PER LE QUALI È POSSIBILE DEFINIRE STANDARD DI QUALITÀ DELL'ASSISTENZA.

ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE: "LINEE GUIDA PER LE UNITÀ SPINALI UNIPOLARI".

INTESA SULL'ACCORDO TRA LA FEDERTERME E LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI TERMALI PER IL BIENNIO 2003-2004.

ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO CONCERNENTE "ATTIVITÀ DEI CENTRI PER EDUCAZIONE E RIABILITAZIONE VISIVA E CRITERI DI RIPARTIZIONE DELLE RISORSE DI CUI ALLA LEGGE 28 AGOSTO 1997, N. 284" PUNTO 18 DELL'O.D.G. - REPERTORIO ATTI N. 2014

ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO RECANTE : "REQUISITI MINIMI E CRITERI PER IL RICONOSCIMENTO DEI LABORATORI DI ANALISI NON ANNESSI ALLE INDUSTRIE ALIMENTARI AI FINI DELL'AUTOCONTROLLO".

ACCORDO TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUI CRITERI E LE MODALITÀ PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI CHE NON SODDISFANO IL PRINCIPIO DI APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA E DI ECONOMICITÀ NELLA UTILIZZAZIONE DELLE RISORSE, IN ATTUAZIONE DEL PUNTO 4.3 DELL'ACCORDO 22 NOVEMBRE 2001 TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME, AI FINI DELLA VERIFICA AI SENSI DELL'ARTICOLO 52, COMMA 4, LETT. B), DELLA LEGGE 27 DICEMBRE 2002, N. 289.

ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, IL MINISTRO DELL'AMBIENTE E DELLA TUTELA DEL TERRITORIO, IL MINISTRO DELLE POLITICHE AGRICOLE E FORESTALI, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE "LINEE GUIDA PER L'APPLICAZIONE DEL REGOLAMENTO N. 1774/92 DEL PARLAMENTO E DEL CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA DEL 3 OTTOBRE 2002 RELATIVO ALLE NORME SANITARIE APPLICABILI AI SOTTOPRODOTTI DI ORIGINE ANIMALE NON DESTINATI AL CONSUMO UMANO".

ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE: "LINEE-GUIDA PER LE ATTIVITÀ DI GENETICA MEDICA".

ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SULLA DEFINIZIONE DI REQUISITI PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'APERTURA ED ESERCIZIO DEGLI STABILIMENTI TERMALI E SPECIFICAZIONE DELLE CARATTERISTICHE DELLE PRESTAZIONI IDROTERMALI A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.

ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SU: "LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA E L'ASSEGNAZIONE DEGLI ORGANI NEL TRAPIANTO DI FEGATO DA DONATORE CADAVERE".

ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SU: "LINEE-GUIDA SULLE MODALITÀ DI DISCIPLINA DELLE ATTIVITÀ DI REPERIMENTO, TRATTAMENTO, CONSERVAZIONE E DISTRIBUZIONE DI CELLULE E TESSUTI UMANI A SCOPO DI TRAPIANTO", IN ATTUAZIONE DELL'ARTICOLO 15, COMMA 1, DELLA LEGGE 1° APRILE 1999, N. 91.

RETTIFICA AL TESTO DELL' ACCORDO SANCITO IN CONFERENZA IL 20 MAGGIO 2004 TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE P.A. SUL DOCUMENTO: "LINEE GUIDA PER LA SPERIMENTAZIONE CLINICA DEI FARMACI IN ETÀ PEDIATRICA", ATTO REP. N. 2013.

ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME PER LA GESTIONE DELLA FASE TRANSITORIA DI ADOZIONE DELLA VERSIONE ITALIANA 2002 DELLA INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES 9TH REVISION – CLINICAL MODIFICATION (ICD9CM), AI FINI DELLA COMPILAZIONE DELLA SDO.

ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SULLA PROPOSTA DI RIPARTIZIONE DEL FONDI DESTINATI PER L'ANNO 2004 ALLE ATTIVITÀ DEI CENTRI DI RIFERIMENTO INTERREGIONALI PER I TRAPIANTI, IN ATTUAZIONE DELL'ARTICOLO 2 TER, COMMA 3, DELLA LEGGE 26 MAGGIO 2004, N. 138.

ANNO 2005

1.5 Oggetto

ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO AVENTE AD OGGETTO “LINEE GUIDA RECANTE INDICAZIONI AI LABORATORI CON ATTIVITÀ DI DIAGNOSI MICROBIOLOGICA E CONTROLLO AMBIENTALE DELLA LEGIONELLOSI”.

ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO AVENTE AD OGGETTO “LINEE GUIDA RECANTE INDICAZIONI SULLA LEGIONELLOSI PER I GESTORI DI STRUTTURE TURISTICO-RECETTIVE E TERMALI.

ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, REGIONI E PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL DOCUMENTO CONCERNENTE CRITERI PER LA PREDISPOSIZIONE DEI PIANI DI AUTOCONTROLLO, PER L'IDENTIFICAZIONE E LA GESTIONE DEI PERICOLI NEL SETTORE CARNI

ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO, CONCERNENTE “LINEE DI INDIRIZZO PER LA DEFINIZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE AI PAZIENTI CON ICTUS CEREBRALE”.

ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE E I PRESIDENTI DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME RECANTE “LINEE GUIDA PER L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DI SOCCORSO SANITARIO IN ELICOTTERO”.

ACCORDO TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE E I PRESIDENTI DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO, CONCERNENTE IL NUOVO PIANO NAZIONALE VACCINI.