



Regione Molise

Programmi Operativi 2013 – 2015

Integrazione rispetto alla versione inviata il 03.07.2013 (Prot. SIVEAS 163_A/2013) a seguito delle osservazioni contenute nei verbali del Tavolo di Verifica del 16.07.2013 e del 21.11.2013

Indice

Premessa e quadro normativo	6
1.Area: Analisi del contesto e definizione dello scenario regionale	7
1.1 Risultati e valutazione dei tavoli di monitoraggio del Piano di rientro e dei successivi Programmi operativi negli anni 2007-2012	7
1.2 Linee strategiche dei Programmi Operativi 2013-2015	8
1.3 Indicatori demografici, economici e socio-sanitari e struttura della popolazione	9
1.4 Tenzionali e programmatici 2013-2015	13
Tenzionali 2013-2015	13
Programmati	19
Sintesi Manovre	21
2. Area: Governo del Sistema	22
Programma 1: Governance del PO	22
Intervento 1.1: Potenziamento del nucleo di coordinamento	22
Azione 1.1.1: Aggiornamento composizione ed obiettivi NCCP	22
Azione 1.1.2: Implementazione funzioni ASReM e emanazione Atto Aziendale.	23
Intervento 1.2: Adempimenti LEA	24
Azione 1.2.1: Superamento degli adempimenti LEA	24
Programma 2: Attuazione del D.Lgs. n. 118/2011	25
Intervento 2.1: Attuazione delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011	25
Azione 2.1.1: Implementazione delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011	26
Programma 3: Certificabilità dei bilanci del SSR	27
Intervento 3.1: Certificabilità dei bilanci del SSR	27
Azione 3.1.1: Attuazione PAC	27
Programma 4: Flussi informativi	28
Intervento 4.1: Potenziamento e miglioramento dei flussi informativi gestionali e contabili.	
Implementazione nuovi flussi	28
Azione 4.1.1: Superamento criticità Flussi Informativi	29
Intervento 4.2: Potenziamento e miglioramento del flusso Tessera Sanitaria	33
Azione 4.2.1: Attuazione del progetto di dematerializzazione della ricetta SSN (DM 2 nov. 2011)	33
Azione 4.2.2: Potenziamento e superamento criticità ancora presenti nel flusso Tessera Sanitaria	34
Intervento 4.3: Il Sistema ICT	35
Azione 4.3.1: Implementazione strutture ICT	36
Intervento 4.4: La rete dei laboratori e delle radiologie	42
Azione 4.4.1: Implementazione Rete ICT per reti laboratoristiche e radiologie	42
Intervento 4.5: Il Sistema CUP	45
Azione 4.5.1: Avvio processo di reingegnerizzazione e potenziamento CUP	46
Programma 5: Accredimento	48
Intervento 5.1: Proseguimento del processo di accreditamento istituzionale	48

Azione 5.1.1: Individuazione del fabbisogno di prestazioni per tutte le tipologie assistenziali (sanitarie e sociosanitarie), e conseguente definizione del fabbisogno di offerta, articolato per ciascun livello di assistenza	48
Azione 5.1.2: Conclusione processo di accreditamento istituzionale	49
Programma 6: Contabilità analitica	52
Intervento 6.1: Contabilità analitica	52
Azione 6.1.1: Contabilità analitica	52
Programma 7: Rapporti con gli erogatori	56
Intervento 7.1: Ricognizione e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni territoriali	56
Azione 7.1.1: Aggiornamento e correzione delle tariffe per prestazioni territoriali.	56
Intervento 7.2: Stipula intese e contratti con erogatori privati accreditati	57
Azione 7.2.1: Allineamento budget di spesa in base alla normativa vigente e conseguente sottoscrizione dei contratti.	57
Valorizzazione Programma 7: Rapporti con gli erogatori	59
Intervento 7.2: Stipula intese e contratti	59
Azione 7.2.1: Allineamento budget di spesa in base alla normativa vigente e conseguente sottoscrizione dei contratti.	59
Programma 8: Formazione e comunicazione ai cittadini	61
Intervento 8.1: Potenziamento della formazione del personale e della comunicazione ai cittadini	61
Azione 8.1.1: Organizzazione del sistema di formazione continua ai sensi degli Accordi Stato Regioni 1° agosto 2007, 5 novembre 2009 e 19 aprile 2012	61
Azione 8.1.2: Formazione del personale	62
Azione 8.1.3: Programma triennale per la prevenzione e il controllo del rischio clinico	63
Azione 8.1.4: Comunicazione ai cittadini	64
3. Area: Razionalizzazione dei fattori produttivi	69
Programma 9: Razionalizzazione spesa	69
Intervento 9.1: Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi	69
Azione 9.1.1: Attivazione della Centrale Acquisti Regionale (CAR)	69
Valorizzazione Programma 9: Razionalizzazione spesa	72
Intervento 9.1: Ottimizzazione acquisto beni e servizi	72
Azione 9.1.1: Avvio e conclusione gare di appalto per la fornitura di beni e servizi	72
Programma 10: Gestione del personale	79
Intervento 10.1: Contenimento della spesa per il personale	80
Azione 10.1.1: Politica di blocco del turn over e politiche di contenimento della spesa di altre tipologie di personale per gli anni 2013-2015	80
Valorizzazione Programma 10: Gestione del personale	83
Intervento 10.1: Gestione del personale	83
Azioni 10.1.1: Politica di blocco del turn over e politiche di contenimento della spesa di altre tipologie di personale per gli anni 2013-2015	83
4. Area “Livelli Essenziali di assistenza”	87
4.1. “Prevenzione”	87
Programma 11: Sanità pubblica	87
Intervento 11.1: Attività di prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare	87

Azione 11.1.1: Riorganizzazione del Dipartimento Unico di Prevenzione	88
Azione 11.1.2: Sistema informativo per le attività di prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare	88
Azione 11.1.3: Attivazione degli sportelli unici della prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare	89
Azione 11.1.4: Predisposizione e attuazione del Piano Regionale di Prevenzione	90
Intervento 11.2: Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro	91
Azione 11.2.1: Attuazione Piani Regionali di Sicurezza negli ambienti di Lavoro da parte di ASReM	92
Programma 12: Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare	93
Intervento 12.1: Sanità pubblica veterinaria e Sicurezza alimentare	93
Azione 12.1.1: Riorganizzazione del Dipartimento per la Sanità Veterinaria e definizione del Piano Regionale Integrato dei controlli ufficiali degli alimenti	94
Azione 12.1.2: Completamento del percorso propedeutico alla certificazione ISO 9001:2008 delle strutture regionali e territoriali del Servizio Sanitario operanti in materia di Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria	94
Azione 12.1.3: Attuazione Piani Regionali di Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare da parte di ASReM	95
4.2. "Riqualificazione della Rete assistenziale"	97
Programma 13: Reti assistenziali per intensità di cure	97
Programma 14: Riequilibrio Ospedale-Territorio	98
Intervento 14.1: La macroarea ospedaliera	104
Azione 14.1.1: Riassetto Rete Ospedaliera regionale	109
Azione 14.1.2: Integrazione tra ASReM (Presidio Ospedaliero "Cardarelli") e Fondazione di Ricerca e Cura "Giovanni Paolo II"	111
Azione 14.1.3: Specialità Ospedaliere e riorganizzazione dei dipartimenti	116
Intervento 14.2: Specialistica ambulatoriale	120
Azione 14.2.1: Riassetto Specialistica ambulatoriale	132
Intervento 14.3: La macroarea territoriale ed ambientale	134
Azione 14.3.1: Riassetto della rete territoriale dei servizi	136
Azione 14.3.2: Riqualificazione continuità assistenziale territoriale	149
Intervento 14.4: Riorganizzazione unità operative ASReM	150
Azione 14.4.1: Riordino unità operative	150
Intervento 14.5: Piano degli investimenti	151
Azione 14.5.1: Elaborazione Piano degli investimenti	151
Valorizzazione Programma 14: Riequilibrio Ospedale-Territorio	154
Intervento 14.1: La Rete Ospedaliera	154
Azione 14.1.1: Riassetto Rete Ospedaliera regionale	154
Azione 14.3.1: Riassetto della rete territoriale dei servizi	155
Programma 15: Rete Emergenza-Urgenza	156
Intervento 15.1: Riqualificazione Rete Emergenza-Urgenza	156
Azione 15.1.1: Azioni di riassetto della Rete dell'Emergenza	159
Programma 16: Sanità penitenziaria	163
Intervento 16.1: Potenziamento Sanità Penitenziaria	163
Azione 16.1.1: Definizione nuovo assetto organizzativo per la Sanità Penitenziaria	164
Programma 17: Assistenza farmaceutica	166
Intervento 17.1: Razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata/territoriale	167

Azione 17.1.1: Monitoraggio della attività prescrittiva e incentivi per la prescrizione dei farmaci equivalenti attraverso il supporto del Sistema Tessera sanitaria, ai sensi di quanto previsto dall'art. 11, comma 7, lett. b) del D.L 78/2010.	168
Azione 17.1.2: Acquisizione diretta ossigeno medicinale. Attività di monitoraggio attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria.	169
Azione 17.1.3: Attribuzione di un budget annuale ai Medici di medicina generale. Attività di monitoraggio attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria	170
Azione 17.1.4: Potenziamento della distribuzione in DPC dei farmaci del PHT mediante riduzione della percentuale massima di distribuzione sul canale convenzionale degli stessi	172
Azione 17.1.5: Azioni mirate di informazione/formazione su prescrittori di classi farmaceutiche iperprescritte in termini di numero di dosi	173
Azione 17.1.6: Potenziamento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico alla dimissione ed in esito a visita specialistica in strutture pubbliche	174
Intervento 17.2: Razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera	176
Azione 17.2.1: Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale. Rafforzamento utilizzo farmaci a brevetto scaduto e farmaci biosimilari.	176
Azione 17.2.2: Razionalizzazione del processo di approvvigionamento/catena logistica del farmaco	177
Azione 17.2.3: Registri AIFA e attività di monitoraggio attraverso nuovo portale AIFA	179
Azione 17.2.4: Revisione periodica del PTOR e del processo decisionale di aggiornamento	180
Azione 17.2.5: Messa a valore delle prossime scadenze brevettuali di alcune molecole inerenti la spesa farmaceutica ospedaliera	180
Valorizzazione Programma 17: Assistenza farmaceutica	182
Intervento 17.1: Razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata/territoriale	182
Azione 17.1.2: Acquisizione diretta ossigeno medicinale. Attività di monitoraggio attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria.	182
Azione 17.1.3: Attribuzione di un budget annuale ai Medici di medicina generale. Attività di monitoraggio attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria	184
Azione 17.1.4: Potenziamento della distribuzione in DPC dei farmaci del PHT mediante riduzione della percentuale massima di distribuzione sul canale convenzionale degli stessi	185
Azione 17.1.5: Azioni mirate di informazione/formazione su prescrittori di classi farmaceutiche iperprescritte in termini di numero di dosi	186
Azione 17.1.6: Potenziamento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico alla dimissione ed in esito a visita specialistica in strutture pubbliche	187
Programma 18: Sicurezza e rischio clinico	190
Intervento 18.1: Azioni di governo clinico e riduzione del rischio clinico	190
Azione 18.1.1: Programmazione e Organizzazione del Sistema di Qualità Aziendale. Istituzione di una Unità Operativa Per L'Efficacia Clinica (CEU) e la riduzione del Rischio Clinico.	190
Azione 18.1.2: Rischio Clinico - Costituzione di un sottogruppo CEU da destinare alla gestione del Rischio Clinico	191
Azione 18.1.3: Implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella Terapia Oncologica (Raccomandazione n. 14, ottobre 2012 Ministero della Salute)	192
Azione 18.1.4: Implementazione del Sistema Informatico - ICT (<i>information communication technology</i>)	193
Azione 18.1.5: Ricerca e Sviluppo	193
Programma 19: Attuazione del Piano dei pagamenti	194
Intervento 19.1: Attuazione del Piano dei pagamenti	194

Premessa e quadro normativo

La legge 311/2004 (legge finanziaria 2005) ha previsto la possibilità, per le Regioni il cui Servizio sanitario (SSR) avesse presentato situazioni di mancato mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e di squilibrio economico-finanziario, di elaborare un Programma Operativo di riqualificazione funzionale, di riorganizzazione operativa e di risanamento economico del Servizio sanitario medesimo, stipulando apposito Accordo con il Ministero dell'Economia e delle Finanze e con il Ministero della Salute, che affiancano la regione durante il Piano di rientro.

L'Accordo individua gli interventi necessari per garantire congiuntamente l'erogazione dei LEA e l'equilibrio economico della gestione secondo l'Intesa fra Governo e Regioni stipulata il 23 marzo 2005.

L'articolo 1, commi 274 e ss., della legge 266/2005 (legge Finanziaria 2006), nel confermare gli obblighi a carico delle Regioni – di cui all'art. 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e all'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 – ha previsto l'obbligo delle regioni di innalzare fino alla misura massima consentita le aliquote regionali IRPEF e IRAP, nel caso che i provvedimenti adottati dalle regioni non fossero risultati idonei a ripianare il disavanzo.

La successiva Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006, "Patto della Salute" per il triennio 2007-2009, recepita dalla legge n. 296/2006 (Finanziaria 2007) ha disciplinato i Piani di rientro e l'attività di affiancamento da parte dei Ministeri. La Regione Molise ha sottoscritto l'Accordo sul Piano di Rientro con il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze il 27 marzo 2007.

Alla scadenza del triennio la Regione, in data 24 luglio 2009, è stata sottoposta a commissariamento ai sensi dell'art. 4, comma 2, del decreto legge n. 159 del 2007 convertito con modificazioni in legge n. 222 del 2007, per non aver raggiunto parte degli obiettivi del Piano di rientro sia sotto il profilo dell'erogazione dei LEA, sia per il perdurare di un marcato disequilibrio economico della gestione che ha generato l'accumulo di un debito rilevante. La regione Molise, pertanto, si è avvalsa della facoltà, a norma della legge n. 191 del 2009, art. 2, comma 88, che ha integrato le disposizioni della legge n. 311 del 2004, art. 1, comma 180, di proseguire il Piano di rientro per superare le criticità residue. Il presente documento contiene i Programmi operativi di attuazione del Piano sanitario regionale 2013-2015 (PSR), approvato con decreto del Commissario ad acta 20 marzo 2013, n. 8, che ha delineato il quadro strategico per la riqualificazione e razionalizzazione del SSR del Molise in prosecuzione del Piano di rientro, non ancora concluso. Il quadro strategico del PSR delinea gli interventi generali necessari per consentire al SSR del Molise di realizzare la sua missione nel rispetto del vincolo di bilancio, ulteriormente rafforzato per tutte le pubbliche amministrazioni dalla legge costituzionale n. 1/2012 e dalla successiva legge attuativa n. 243/2012, accelerando le condizioni per chiudere la gestione straordinaria commissariale e ripristinare quella ordinaria affidata agli organi istituzionali della regione.

Il Programma operativo espone le principali azioni che devono essere sviluppate e tradotte in decisioni gestionali dalla Regione stessa e dall'unica Azienda sanitaria regionale del Molise (ASReM) attraverso il Programma attuativo locale (PAL) per realizzare il PSR.

Gli indirizzi ed i principi dell'organizzazione e della governance dell'ASReM sono stati stabiliti con la direttiva per la redazione dell'atto aziendale, approvata con decreto del Commissario ad acta 20 marzo 2013, n.7. La direttiva costituisce il necessario complemento del PSR.

Piano sanitario e direttiva sono aggiornati alle disposizioni del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito in legge 7 agosto 2012, n. 135, e del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito in legge 8 novembre 2012, n.189.

1.Area: Analisi del contesto e definizione dello scenario regionale

1.1 Risultati e valutazione dei tavoli di monitoraggio del Piano di rientro e dei successivi Programmi operativi negli anni 2007-2012

Negli anni 2007-2012 i risultati attesi per i 18 obiettivi del Piano di rientro e dei successivi programmi operativi sono stati raggiunti soltanto in minima parte, sia per quanto concerne i LEA, sia per quanto concerne l'equilibrio economico-finanziario della gestione.

Al risultato insoddisfacente hanno concorso fattori esterni e fattori interni. Tra i primi, l'accoglimento da parte del Giudice amministrativo di primo grado dei ricorsi presentati da comitati civici in opposizione ai provvedimenti di riassetto della rete ospedaliera e dai fornitori privati accreditati in materia di contratti di acquisto e tariffe di prestazioni sanitarie. Tra i secondi, l'insufficiente riorganizzazione delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali non coinvolte dalle opposizioni giudiziarie e dei servizi amministrativi e generali, che non ha permesso all'ASReM di conseguire gli obiettivi di efficienza in materia di approvvigionamento di beni e servizi, di riorganizzazione del lavoro e contenimento dei costi del personale, di più larga offerta di prestazioni sanitarie allo scopo di ridurre il ricorso alle strutture private o alle strutture di altre regioni, di sviluppare i servizi distrettuali e domiciliari alternativi alle inappropriate prestazioni ospedaliere.

Hanno inoltre inciso pesantemente sul negativo risultato al 31 dicembre 2012 decisioni e procedure amministrative ricadenti nella piena responsabilità della direzione generale fortemente sintomatiche della reiterata inosservanza del principio del buon andamento dell'amministrazione. I fatti più eclatanti e rilevanti sono stati oggetto di contestazione al direttore generale dell'ASReM con l'avvio della procedura per la sua sospensione dall'incarico, a norma dell'art. 4, comma 2, del decreto legge n. 159/2007, convertito con modificazioni in legge n. 222/2007, giusta lo specifico mandato del Commissario ad acta nominato dal Consiglio dei Ministri il 7 giugno 2012. La procedura è stata conclusa con la sospensione dalle funzioni del direttore generale, giusta decreto del Commissario ad Acta 11 aprile 2013, n. 9 e contestuale nomina del Soggetto Attuatore.

1.2 Linee strategiche dei Programmi Operativi 2013-2015

La Regione Molise, attraverso le linee strategiche dei presenti Programmi Operativi, relativi al triennio 2013/2015, intende perseguire un percorso di riequilibrio economico e finanziario del proprio Sistema Sanitario, coniugando tale esigenza con il miglioramento della qualità e della fruibilità dell'assistenza.

A tal fine sarà posta in essere una serie di interventi a forte impatto organizzativo che, nella loro totalità, si ritiene porteranno, entro il 31 dicembre 2015, ad un risultato economico prossimo al pareggio di bilancio.

Tra i principali interventi strategici, di cui nelle pagine seguenti saranno forniti i necessari dettagli, si ritiene di individuare:

■ Riorganizzazione dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASReM)

- vengono individuate al suo interno 2 Macroaree:

- la macroarea ospedaliera;
- la macroarea territoriale ed ambientale.

Quest'ultima assorbirà, a seguito dell'approvazione di specifica proposta di Legge Regionale, le funzioni, il patrimonio ed il personale dell'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale del Molise;

■ Ridefinizione della rete di offerta ospedaliera

- viene ridefinita, sulla base dell'individuazione di 4 bacini territoriali, la dotazione dei posti letto nel rispetto dei coefficienti (pl/1000 ab.) previsti dalla normativa vigente, ma anche tenendo conto delle esigenze delle aree disagiate;
- viene realizzato, attraverso l'integrazione tra Presidio Ospedaliero Cardarelli e Fondazione Giovanni Paolo II, il Polo Ospedaliero di Campobasso, presso la struttura dell'Università Cattolica del Sacro Cuore. Al Presidio Cardarelli di Campobasso vengono, inoltre, strutturalmente e funzionalmente collegati i Presidi Veneziale di Isernia e S. Timoteo di Termoli, con la contestuale rimodulazione delle unità operative e delle strutture dirigenziali;
- vengono ultimate le riconversioni dei presidi ospedalieri di Larino (G.Vietri) e Venafrò (SS.Rosario);
- viene ricondotto a tre il numero dei dipartimenti per l'assistenza ospedaliera:
 - Dipartimento di Medicina;
 - Dipartimento di Chirurgia;
 - Dipartimento dei Servizi;

■ Ridefinizione della rete di offerta territoriale ed ambientale

- la rete territoriale, che si completa con le funzioni trasferite dall'ARPAM, viene articolata su un dipartimento funzionale e tre dipartimenti strutturali con la contestuale rimodulazione delle unità operative e delle strutture dirigenziali:
 - Dipartimento funzionale Territoriale socio-sanitario;
 - Dipartimento di prevenzione;
 - Dipartimento della prevenzione ambientale;
 - Dipartimento della salute mentale;

■ Potenziamento delle reti dell'emergenza-urgenza

- viene ricalibrata funzionalmente al modello Hub & Spoke del nuovo assetto ospedaliero e territoriale;

■ Potenziamento delle strutture e funzioni della Direzione Generale per la Salute

- viene istituita la Centrale Acquisti Regionale;
- viene istituito il Servizio Controllo di Gestione e Flussi Informativi, che, attraverso l'adozione di un sistema informativo integrato, sanitario ed amministrativo, dovrà consentire un miglior governo dei dati, una corretta valorizzazione della produzione ed imputazione dei relativi costi e, soprattutto, una maggiore tempestività nelle informazioni e nelle conseguenti azioni.

1.3 Indicatori demografici, economici e socio-sanitari e struttura della popolazione

La popolazione residente in Molise al 2011 è pari a ca. 0,32 mln (ca. lo 0,5% dell'intera popolazione italiana).

Regione	Maschi	Femmine	Totale
Abruzzo	652.286	690.080	1.342.366
Basilicata	287.618	299.899	587.517
Calabria	980.112	1.031.283	2.011.395
Campania	2.829.162	3.004.894	5.834.056
Emilia Romagna	2.151.133	2.281.285	4.432.418
Friuli Venezia Giulia	598.109	637.699	1.235.808
Lazio	2.754.318	2.974.370	5.728.688
Liguria	767.898	848.890	1.616.788
Lombardia	4.844.524	5.073.190	9.917.714
Marche	759.397	805.938	1.565.335
Molise	155.675	164.105	319.780
Piemonte	2.158.445	2.298.890	4.457.335
Puglia	1.984.310	2.106.949	4.091.259
Sardegna	821.189	854.222	1.675.411
Sicilia	2.441.599	2.609.476	5.051.075
Toscana	1.805.132	1.944.681	3.749.813
Trentino Alto Adige	509.415	527.699	1.037.114
Umbria	436.259	470.227	906.486
Valle d'Aosta	62.803	65.427	128.230
Veneto	2.413.890	2.523.964	4.937.854
Totale	29.413.274	31.213.168	60.626.442

Tabella 1 - Popolazione residente in Italia al 2011 ripartita per Regione (Fonte ISTAT)

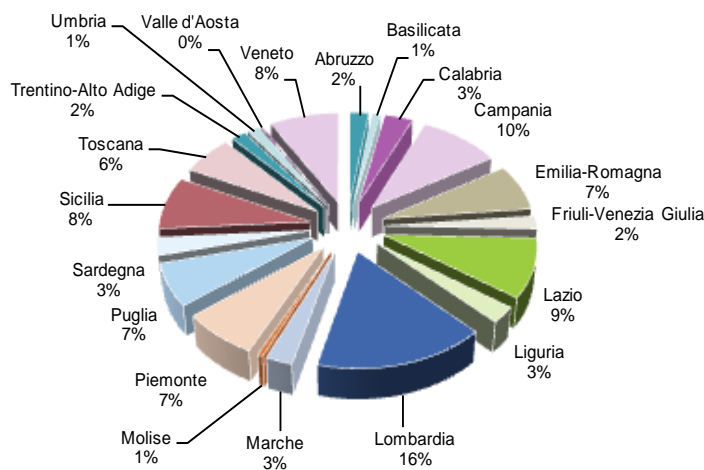


Figura 1 - Percentuale popolazione per regione (Fonte ISTAT)

Rispetto al 2010 la popolazione residente in Regione Molise è diminuita di una percentuale pari a ca. -0,1% (-449 individui) a fronte di un aumento medio in Italia di ca. lo 0,47% (+286.114 individui).

	2008	2009	2010	2011	Δ% 2009-2008	Δ% 2009-2010	Δ% 2010-2011
Italia	59.619.290	60.045.068	60.340.328	60.626.442	0,7%	0,5%	0,5%
Molise	320.838	320.795	320.229	319.780	0,0%	-0,2%	-0,1%

Tabella 2 - Popolazione residente in Italia e in Molise, anni 2008-2011 (Fonte ISTAT)

Dall'analisi della Tabella 3 si evince che la provincia più popolosa è quella di Campobasso con ca. 0,2 mln di residenti (pari al 72% del totale) al 1° Gennaio 2011.

Provincia	Maschi	Femmine	Totale
Campobasso	112.415	118.671	231.086
Isernia	43.260	45.434	88.694
Totale	155.675	164.105	319.780

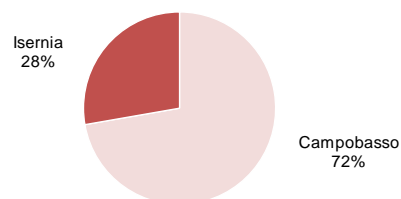


Tabella 3 - Popolazione residente in Molise ripartita per provincia al 2011 (Fonte ISTAT)

Analizzando le fasce d'età, è possibile osservare come il Molise sia caratterizzato, da un lato, dalla presenza di una popolazione anziana (≥ 65 anni) superiore alla media nazionale (nel 2011 21,9% vs 21,5%), dall'altro, da un marcato divario con media nazionale della popolazione giovane (12,8% vs 13,4% di media nazionale). Ne consegue che la programmazione sanitaria debba tenere conto di queste peculiarità.

	2009			2010			2011		
	0-14	15-64	≥ 65 anni	0-14	15-64	≥ 65 anni	0-14	15-64	≥ 65 anni
Molise	12,8%	65,6%	21,9%	12,6%	65,6%	21,9%	12,5%	65,6%	21,9%
Sud	15,4%	66,9%	17,7%	15,2%	67,0%	17,8%	15,1%	67,0%	18,0%
Isole	14,7%	66,9%	18,4%	14,6%	66,9%	18,6%	14,4%	66,8%	18,8%
Centro	13,3%	65,3%	21,4%	13,4%	65,2%	21,5%	13,4%	65,1%	21,5%
Nord	13,5%	65,3%	21,2%	13,6%	65,0%	21,3%	13,7%	65,0%	21,3%
ITALIA	13,4%	65,2%	21,4%	13,5%	65,0%	21,5%	13,6%	64,9%	21,5%

Tabella 4 - Composizione percentuale della popolazione in fasce d'età, per compartimento geografico, anni 2009 - 2011 (Fonte ISTAT)

Dall'analisi dei diversi indicatori di crescita (Tabella 5), in Molise per il 2011 si stima un tasso di natalità pari a ca. 7,6% rispetto ad un tasso di mortalità pari a ca. 11%. Il Molise, di conseguenza, presenta un tasso di crescita decisamente negativo rispetto a tutte le altre parti del paese e rispetto alla media nazionale (-3,4% vs 0,6% di media nazionale).

Tasso di natalità				
	2008	2009	2010	2011*
Molise	7,8%	7,4%	7,8%	7,6%
Sud	9,6%	9,5%	9,3%	9,2%
Isole	9,4%	9,3%	9,2%	9,0%
Centro	9,7%	9,3%	9,1%	9,0%
Nord	9,7%	9,5%	9,4%	9,2%
ITALIA	9,6%	9,5%	9,3%	9,1%

Tasso di mortalità				
	2008	2009	2010	2011*
Molise	11,1%	10,8%	10,8%	11,0%
Sud	8,8%	9,1%	8,9%	9,0%
Isole	9,3%	9,6%	9,3%	9,6%
Centro	10,3%	10,3%	10,2%	10,2%
Nord	10,2%	10,1%	10,0%	10,0%
ITALIA	9,8%	9,8%	9,7%	9,7%

Tasso di nuzialità				
	2008	2009	2010	2011*
Molise	3,8%	3,5%	3,4%	3,6%
Sud	4,9%	4,6%	4,4%	4,2%
Isole	4,7%	4,5%	4,2%	4,1%
Centro	4,0%	3,7%	3,4%	3,2%
Nord	3,6%	3,3%	3,1%	3,0%
ITALIA	4,1%	3,8%	3,6%	3,5%

* Stima

Tabella 5 - Indicatori di crescita della popolazione (tassi per 1000 ab.) per compartimento geografico, anni 2008-2011 (Fonte ISTAT)

Per quanto attiene agli indicatori di struttura, ripartiti per compartimento geografico. Indice di dipendenza strutturale: rapporto percentuale tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e la popolazione in età attiva; indice di dipendenza anziani: rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni); indice di vecchiaia: rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione 0-14 anni] il Molise presenta un andamento sostanzialmente in linea con quello del resto di Italia, caratterizzato però da un indice di vecchiaia e da un'età media della popolazione più alti di quelli del resto del paese.

In particolare si evidenzia come mentre l'Italia ha un indice di vecchiaia stimato per il 2012 pari al 147%, lo stesso indicatore per il Molise ha un valore pari al 179%. L'età media in Molise è pari a 44,9 anni, mentre nel resto del paese ha un valore pari a 43,7.

Dipendenza strutturale				
	2009	2010	2011	2012*
Molise	0,53	0,53	0,52	0,53
Sud	0,49	0,49	0,49	0,50
Isole	0,49	0,50	0,50	0,50
Centro	0,53	0,53	0,54	0,54
Nord	0,53	0,54	0,54	0,54
ITALIA	0,52	0,52	0,52	0,53

Vecchiaia				
	2009	2010	2011	2012*
Molise	1,72	1,74	1,63	1,79
Sud	1,15	1,17	1,19	1,23
Isole	1,25	1,28	1,30	1,33
Centro	1,61	1,61	1,60	1,62
Nord	1,57	1,57	1,56	1,57
ITALIA	1,43	1,44	1,45	1,47

*Stima.

Dipendenza anziani				
	2009	2010	2011	2012*
Molise	0,33	0,33	0,33	0,34
Sud	0,26	0,27	0,27	0,28
Isole	0,28	0,28	0,28	0,29
Centro	0,33	0,33	0,33	0,34
Nord	0,33	0,33	0,33	0,34
ITALIA	0,31	0,31	0,31	0,32

Età media				
	2009	2010	2011	2012*
Molise	0,44	0,44	45,00	44,90
Sud	0,41	0,41	42,00	41,90
Isole	0,42	0,42	42,00	42,50
Centro	0,44	0,44	44,00	44,50
Nord	0,44	0,44	44,00	44,50
ITALIA	0,43	0,43	43,00	43,70

Tabella 6 - Indicatori di struttura della popolazione per compartimento geografico, anni 2009 - 2012 (Fonte ISTAT)

La speranza di vita alla nascita in Molise, come si evince dalla Tabella 7, risulta essere leggermente inferiore rispetto ai dati nazionali.

Speranza di vita																
	2008				2009				2010***				2011***			
	M		F		M		F		M		F		M		F	
	0	65	0	65	0	65	0	65	0	65	0	65	0	65	0	65
Molise	78,7	18,1	84,5	22,0	79,0	18,4	84,6	22,1	79,0	18,2	84,6	22,0	79,2	18,4	84,9	22,2
Sud	78,3	17,7	83,5	21,1	78,4	17,8	83,5	21,1	78,6	18,0	83,8	21,3	78,8	18,1	84,0	21,4
Isole	78,4	17,8	83,4	21,0	78,3	17,7	83,2	20,9	78,7	18,0	83,8	21,3	78,7	18,0	83,8	21,2
Centro	79,2	18,2	84,3	21,7	79,4	18,3	84,4	21,9	79,5	18,4	84,6	22,0	79,6	18,6	84,8	22,2
Nord	79,0	17,9	84,3	21,8	79,3	18,1	84,5	21,9	79,3	18,2	84,5	22,0	79,7	18,5	84,7	22,1
ITALIA	78,8	17,9	84,1	21,6	79,0	18,1	84,1	21,6	79,1	18,2	84,3	21,8	79,4	18,4	84,5	21,9

* Il valore della speranza di vita è relativo all'insieme di Piemonte e Valle d'Aosta ad eccezione dell'anno 2009 anno per il quale i dati si riferiscono alla singola regione.

** Il valore della speranza di vita è relativo all'insieme di Abruzzo e Molise ad eccezione dell'anno 2009 anno per il quale i dati si riferiscono alla singola regione.

***Stima

Tabella 7 - Speranza di vita alla nascita anni 2008 - 2011 (Fonte ISTAT)

Il Molise presenta un saldo migratorio interno negativo, la stima per il 2011 del saldo migratorio con l'estero, rispetto all'andamento italiano, risulta essere invece più bassa del 2010.

Saldo migratorio interno				
	2008	2009	2010	2011**
Molise	-0,6	-0,7	-1,1	0,8
Sud	-3,2	-2,0	-2,3	-2,6
Isole	-1,5	-1,1	-0,9	-1,4
Centro	1,3	1,3	1,1	1,3
Nord	2,1	1,3	1,3	1,3
ITALIA	0,3*	0,3*	0,2*	0,1*

Saldo migratorio per altro motivo				
	2008	2009	2010	2011**
Molise	-0,3	-0,6	-0,6	-0,3
Sud	-0,2	-0,3	-0,4	-0,4
Isole	-0,1	-0,4	-0,4	-0,4
Centro	-0,7	-0,9	-1,5	-1,3
Nord	-0,8	-1,5	-1,9	-1,6
ITALIA	-0,6	-1,0	-1,3	-1,1

Saldo migratorio con l'estero				
	2008	2009	2010	2011**
Molise	4,0	3,0	3,3	3,1
Sud	3,7	3,2	3,8	2,7
Isole	3,5	2,8	3,1	2,2
Centro	10,5	8,4	7,9	7,2
Nord	9,3	7,2	7,6	6,6
ITALIA	7,6	6,0	6,3	5,3

Saldo migratorio totale				
	2008	2009	2010	2011**
Molise	3,1	1,7	1,6	3,6
Sud	0,3	0,9	1,1	-0,3
Isole	1,9	1,3	1,8	0,4
Centro	11,1	8,8	7,6	7,2
Nord	10,5	7,0	7,0	6,3
ITALIA	7,3	5,3	5,2	4,3

* Il motivo per cui il saldo migratorio interno non è pari a zero, a livello nazionale, è da imputare allo sfasamento temporale tra data di cancellazione di una persona dal comune di emigrazione e data di iscrizione della stessa presso il comune di immigrazione.

**Stima

Tabella 8 - Tassi generali di migrazione (per 1000 ab.) per compartimento geografico, anni 2008 - 2011 (Fonte ISTAT)

Nel decennio tra i due ultimi censimenti generali della popolazione, la popolazione molisana ha subito le variazioni seguenti:

Variazione demografica della Regione e delle province al censimento 2011			
Provincia	Censimento		Variazione %
	2001	2011	
Provincia di Campobasso	230.749	226.419	-1,9%
Provincia di Isernia	89.852	87.241	-2,9%
Totale Molise	320.601	313.660	-2,2%

Tabella 9 - Trend popolazione per provincia (Fonte ISTAT)

Il decremento del 2,2%, che porta i residenti a 313.660, si rifletterà sul finanziamento ordinario del SSR e l'ASReM ne terrà conto nell'attuazione del PSR in funzione dell'applicazione degli standard organizzativi delle strutture e dell'equilibrio economico della gestione.

1.4 Tendenziali e programmatici 2013-2015

Il quadro macro-economico attuale di riferimento in cui la Regione Molise, come tutte le amministrazioni pubbliche nazionali, deve intervenire per il contenimento della spesa nonché per il miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini, è determinato dalle seguenti misure di governo e contenimento della spesa sanitaria in ambito nazionale:

- Decreto Legge 98/2011 “Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria” così come convertito con legge 15/07/2011 n. 111;
- Decreto Legge 95/2012 “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”, convertito con Legge 7/8/2012 n. 135;
- Legge 228/2012 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato” (Legge di stabilità 2013).

Tendenziali 2013-2015

Il CE Tendenziale 2013-2015 è stato costruito sulla base dei dati e/o informazioni che seguono:

- Conti Economici NSIS degli anni 2010 - 2012;
- risultato economico al Consuntivo 2012 in cui si evidenzia un disavanzo di gestione pari a circa -52,5 €/mln;
- analisi della documentazione prodotta dall’ Azienda finalizzata all’approfondimento dei dati economici contabilizzati nel CE Consuntivo 2012;
- stima del fenomeno inflattivo, pari all’1,5%, integrato con una TIP cautelativa allo 0,5%.

Dal momento che il Conto Economico Tendenziale nasce come sovrapposizione di diversi effetti, nel presente paragrafo verrà indicata per ciascuna annualità:

- Stima del CE Tendenziale costruito a partire dalle ipotesi sui trend storici delle voci di ricavo e costo a cui sono stati applicati correttivi (laddove valorizzabili) legati agli effetti economici delle misure nazionali che trovano diretta applicazione (senza decreti attuativi regionali) e delle misure previste dalle disposizioni normative nazionali (D.L 98/2011, L 135/2012, L 228/2012) la cui attuazione richiede tuttavia l’adozione di atti e azioni attuative a livello regionale. Sono stati, inoltre, rappresentati gli effetti economici previsti da provvedimenti regionali.

Il valore a CE Tendenziale include, quindi, l’andamento storico e correttivi della normativa nazionale e rappresenta la base cui applicare gli effetti delle manovre regionali ai fini della determinazione del risultato economico programmatico.

Si precisa che, essendo il documento presentato nel mese di dicembre 2013, in relazione ad alcune voci contabili sono stati considerati i valori già registrati in corso d’anno

Si specifica, infine, che la valorizzazione delle manovre è avvenuta direttamente a partire dai CE dell’Azienda Sanitaria.

Si riporta di seguito il CE Tendenziale 2013-2015, come consolidamento del CE della GSA e dell’ASReM.

140 MOLISE - Aggregato						
ID	CONTO ECONOMICO €/000	2012 C	Tendenziale			
			2013 M	2014 N	2015 O	
A1	Contributi F.S.R.	567.637	559.068	566.628	566.088	
A2	Saldo Mobilità	38.123	35.836	35.834	35.830	
A3	Entrate Proprie	14.791	14.939	15.088	15.239	
A4	Saldo Intramoenia	1.575	1.591	1.607	1.623	
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 5.755	- 5.755	- 5.755	- 5.755	
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	- 5.334	-	-	-	
A	Totale Ricavi Netti	611.037	605.679	613.402	613.025	
B1	Personale	206.229	206.229	206.229	206.229	
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	39.021	39.801	40.597	41.409	
B3	Altri Beni e Servizi	121.522	119.917	118.539	121.105	
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	3.237	3.237	3.237	3.237	
B5	Accantonamenti	3.153	3.216	3.280	3.346	
B6	Variazione Rimanenze	3.683	- 2.321	- 2.321	- 2.321	
B	Totale Costi Interni	376.845	370.079	369.562	373.006	
C1	Medicina Di Base	50.888	50.888	50.888	51.906	
C2	Farmaceutica Convenzionata	51.480	50.965	50.456	49.951	
C3	Prestazioni da Privato	165.206	163.161	162.898	163.735	
C	Totale Costi Esterni	267.574	265.014	264.241	265.592	
D	Totale Costi Operativi (B+C)	644.419	635.093	633.803	638.597	
E	Margine Operativo (A-D)	- 33.382	- 29.414	- 20.401	- 25.572	
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	59	59	59	59	
F2	Saldo Gestione Finanziaria	1.258	1.258	1.258	1.258	
F3	Oneri Fiscali	15.122	15.122	15.122	15.122	
F4	Saldo Gestione Straordinaria	2.659	3.096	3.096	3.096	
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	19.098	19.535	19.535	19.535	
G	Risultato Economico (E-F)	- 52.480	- 48.949	- 39.936	- 45.107	
H	Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	31.567	31.567	31.567	31.567	
I	Risultato Economico con risorse aggiuntive LEA (G+H)	- 20.913	- 17.382	- 8.369	- 13.540	

Fonte: [Ce NSIS Consolidato 2012].

Tabella 10 - CE Tendenziali 2013 – 2015

RICAVI

Contributi in c/esercizio indistinti

La stima dei contributi FSR per l'anno 2013-2015 è stata calcolata considerando la sovrapposizione degli effetti della Legge 111/11 (art.17, comma 1), della L. 135/2012 (art. 15, comma 22) e L. 228/2012 (art. 15, comma 22), secondo lo schema seguente.

Stima del FSR dopo gli interventi normativi della Legge 111/2011, 135/2012 e 228/2012				
EUR	Copertura del fabbisogno	2013	2014	2015
A	FSR indistinto al netto delle entrate proprie: quota di accesso 2012	561.411.111	561.411.111	561.411.111
B	Riduzione livello finanziamento visite fiscali art. 17, c.5 - b L.111/11	- 378.000	- 378.000	- 378.000
C=A-B	Totale finanziamento post L.111/11	561.033.111	561.033.111	561.033.111
D	Riduzione quota parte spending review	- 9.720.000	- 10.800.000	- 11.340.000
E=C-D	Totale finanziamento post legge 135/2012	551.313.111	550.233.111	549.693.111
F	Riduzione quota parte Legge di Stabilità (Legge 228/2012)	- 3.240.000	- 5.400.000	- 5.400.000
G=E-F	Totale finanziamento post Legge Stabilità	548.073.111	544.833.111	544.293.111
H	Annullamento quota ticket DL/98/2011	-	10.800.000	10.800.000
I=G+H	FSR comprensivo della quota ticket DL 98/2011	548.073.111	555.633.111	555.093.111

Tabella 11 - Stima FSR - contributi indistinti

Si specifica che rispetto alla precedente versione, si sono considerate le indicazioni presenti nel verbale della riunione congiunta del 16 luglio u.s. del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, sulla base del quale:

- la quota spettante al Molise di FSR è stata stimata sulla base dell'applicazione della quota di accesso 2012 ai valori del FSN definiti a livello nazionale in coerenza con la legislazione vigente;
- alle stime riportate è stata applicata una decurtazione per circa 0,4 €/mln connessa alle disposizioni in materia di visite fiscali di cui all'art 17, comma 5 lettera b) della L. 111/2011 prevista a partire dall'anno 2013;
- per la ripartizione delle riduzioni del Fondo Sanitario Nazionale previste dalla *Spending review* (1.800 €/mln per l'anno 2013, 2.000 €/mln per l'anno 2014 e 2.100 €/mln per l'anno 2015) e dalla Legge di stabilità (ulteriori 600 €/mln per l'anno 2013, ulteriori 1.000 €/mln per l'anno sia 2014 sia 2015), si è utilizzata la quota di accesso regionale così come definita nell'Intesa del Giugno 2013 sul riparto 2012 tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il SSN (0,54%);
- il livello effettivo di finanziamento del FSN è stato integrato in misura pari alla mancata manovra connessa all'introduzione dei nuovi ticket (2.000 €/mln a livello nazionale a partire dall'anno 2014), provvedimento dichiarato in costituzionalmente illegittimo (già considerato nella riduzione del FSR per la *spending review*) per le relativa quota del FSN spettante alla regione Molise (0,54%);
- le stime non includono gli effetti di rideterminazione del riparto connessi alla verifica della popolazione residente da Censimento 2011.

Complessivamente, rispetto all'entità dei Contributi FSR al 2012 si prevede una riduzione della voce di 8,6 €/mln per il 2013, di 1 €/mln per il 2014 e di 1,5 €/mln per il 2015.

Contributi in c/esercizio a destinazione vincolata

Per gli anni 2013-2015 viene confermato, alla luce di quanto emerso nel Tavolo Tecnico del 16 luglio u.s., il valore del CE Consuntivo 2012 pari a **10,995 €/mln**.

Saldo mobilità extraregionale in compensazione

Relativamente al “**Saldo di Mobilità**”, i valori tendenziali sono stati considerati pari a quanto definito dal riparto del 2012 modificato in data 20 giugno 2013. Pertanto, il valore considerato nelle singole annualità del triennio oggetto di analisi è pari a 35,8 €/mln.

Altre entrate

Il valore delle “**Entrate proprie**” è stato stimato in crescita, secondo un criterio prudenziale, dell’1% per gli anni 2013-2015.

Complessivamente, rispetto all’entità delle Entrate proprie al Consuntivo 2012 si prevede un incremento per 0,1 €/mln nel 2013, per 0,3 €/mln nel 2014 e per 0,5 €/mln nel 2015.

Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti

L’importo a tendenziale per il triennio 2013 - 2015 è posto pari al valore iscritto in sede di consuntivo 2012, riprendendo le indicazioni emerse nel Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza.

Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati

L’importo a tendenziale è posto pari a 0 nell’ipotesi che dal 2013 (coerentemente con le disposizioni del D.Lgs 118/2011) i contributi siano assegnati alla ASReM nell’anno di competenza. Inoltre, per l’anno 2013 si ipotizza che le Aziende procedano ad accantonare quote inutilizzate di contributi vincolati pari al valore che la GSA dovrà accantonare in sede di consuntivo 2012 per tenere traccia delle quote di contributo da fondo vincolato non assegnate alle Aziende in corso d’anno.

COSTI

Costi interni

Costo del Personale

Relativamente al costo per il “Personale”, per gli anni 2013-15, il valore è stato stimato costante rispetto al valore del Consuntivo 2012 pari a 207 €/mln, a cui è stato aggiunto il costo relativo alla IVC per l’anno 2015, pari a 1 €/mln circa (si è utilizzato il tasso di riferimento di 0,5077% per il primo anno). Nei tendenziali del triennio 2013-2015, è stata considerata una stima di costanza rispetto al 2012 in virtù dell’ipotesi di assenza di rinnovi contrattuali il numero dei dipendenti è stato ipotizzato stabile, senza abbattimento per blocco del *turn over*.

Per la stima degli effetti del blocco del turn-over si rimanda al “Programma 10 – Gestione del Personale”. Si precisa che il valore tendenziale presuppone l’invarianza dei contratti nazionali vigenti (inclusi gli eventuali incrementi stipendiali connessi ai rinnovi contrattuali).

Prodotti farmaceutici

Per la stima della voce “Prodotti Farmaceutici” è stata applicata al dato al Consuntivo 2012 la crescita percentuale pari 2%, pur osservando un tasso di crescita medio annuo superiore. Tale valutazione è legata al fatto che i maggiori incrementi di spesa si sono registrati tra il 2009 e il 2010 e tra il 2010 e il 2011 (pari a circa il 10% annuo), mentre tra il 2011 ed il 2012 tale voce di costo risulta costante anche alla luce dei provvedimenti adottati in relazione al governo di tale voce di costo. Nel calcolo del tendenziale si tiene, inoltre, conto di una diversa contabilizzazione delle spese sostenute per l’ossigeno liquido. La regione Molise, infatti, con provvedimento commissariale ha previsto l’indizione e l’espletamento della procedura di gara per l’acquisizione diretta dell’ossigeno liquido e il connesso servizio di ossigeno terapia domiciliare a lungo termine (OTD). Tale procedura è stata conclusa nel corso del 2013. Da ciò l’erogazione dell’ossigeno medicinale e il connesso servizio OTD in regime di distribuzione diretta con uno sconto concordato con l’associazione di categoria dei farmacisti è stata attivata a partire dal 01.12.2013 ed entrerà a regime a partire dal I semestre del 2014.

Alla luce di quanto sopra descritto si è tenuto conto di un aumento di tale voce di spesa per 0,06 €/mln nel 2013 (quota, prudenzialmente abbattuta, del mese di Dicembre) e per 0,6 €/mln per il 2014. Per la farmaceutica convenzionata, invece, si è ridotto di 0,2 €/mln per il valore del 2013 e 1,9 €/mln per il 2014 (entrambi i valori scontano l'effetto di un abbattimento prudenziale pari al 20%).

Per il dettaglio dei risparmi complessivi derivanti da questa azione si rimanda al paragrafo relativo all'ossigeno liquido trattato nel Programma 17.

Beni e Servizi

La voce "Altri Beni e Servizi" è stata stimata in incremento del 2% annuo, di cui 1,5% come stima degli effetti inflattivi e 0,5% come TIP cautelativa.

Nella costruzione del tendenziale, inoltre, si è considerata la riduzione fissata per i contratti di acquisto per beni e servizi (al netto dei dispositivi medici), sulla base della spesa per il macroaggregato "Altri beni e Servizi" registrata al Consuntivo 2011 (-5% per il 2013 e -10% a decorrere dal 2014) come da indicazioni del Tavolo di Verifica contenute nel Verbale della riunione del 16.07.2013.

L'effetto complessivo sull'aggregato "Altri Beni e Servizi" derivante dalla sovrapposizione della crescita tendenziale della voce e dei correttivi introdotti dalla normativa nazionale determina, rispetto al Consuntivo 2012, una riduzione della voce per 1,6 €/mln nel 2013, di 3 €/mln nel 2014 e per 0,4 €/mln nel 2015.

Accantonamenti a fondi rischi

Con riferimento agli accantonamenti si è stimato, prudenzialmente, un incremento percentuale pari al 2% annuo rispetto al valore del Consuntivo 2012. Inoltre, accogliendo le osservazioni riportate dal Tavolo Tecnico del 16 luglio u.s., si sono considerati, con riferimento al solo anno 2015, accantonamenti per IVC del personale convenzionato, nella misura dello 0,5077% del costo (1 €/mln circa), in linea con quanto previsto dalla normativa.

Ammortamenti

Il valore della voce "ammortamenti e costi capitalizzati" è stato stimato costante per gli anni 2013-2015 e pari al valore registrato al consuntivo 2012, ovvero 3,2 €/mln.

Variazione delle rimanenze

L'importo a tendenziale per il triennio 2013 - 2015 è posto pari al valore iscritto nel CE III trimestre 2013, in considerazione delle risultanze emerse a seguito dell'analisi inventariale svolta alla data del 30.09.2013. Pertanto, il valore considerato risulta essere pari a -2,3 €/mln nel 2013 ed è ritenuto costante nel corso del triennio oggetto di analisi.

Costi esterni

Medicina di base

L'importo a tendenziale per il triennio 2013 - 2015 è posto pari al valore iscritto in sede di consuntivo 2012 fino all'anno 2014, riprendendo così le indicazioni emerse nel Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza. Mentre a partire dal 2015 si è stimato un aumento pari al 2%, di cui 1,5% come stima degli effetti inflattivi e 0,5% come TIP cautelativa.

Farmaceutica convenzionata

Per la stima della voce "Farmaceutica convenzionata", tenendo conto di un CAGR 2010-2012 negativo, è stata applicata al dato del CE Consuntivo 2012 una riduzione cautelativa pari al -1%. Nel calcolo del tendenziale si tiene, inoltre, conto di una diversa contabilizzazione delle spese sostenute per l'ossigeno liquido. La regione Molise, infatti, con provvedimento commissariale ha previsto l'indizione e l'espletamento della procedura di gara per l'acquisizione diretta dell'ossigeno liquido e il connesso servizio di ossigeno terapia domiciliare a

lungo termine (OTD). Tale procedura è stata conclusa nel corso del 2013. Da ciò l'erogazione dell'ossigeno medicinale e il connesso servizio OTD in regime di distribuzione diretta con uno sconto concordato con l'associazione di categoria dei farmacisti è stata attivata a partire dal 01.12.2013 ed entrerà a regime a partire dal I semestre del 2014.

Alla luce di quanto sopra descritto si è tenuto conto di una riduzione di tale voce di spesa per 0,2 €/mln nel 2013 (quota, prudenzialmente abbattuta, del mese di Dicembre) e per 1,9 €/mln per il 2014.

Prestazioni sanitarie da privato

Ospedaliera

Per effetto delle misure di cui all'intervento "7.3- Stipula intese e contratti con erogatori privati accreditati", coerentemente con quanto disposto dal Legge 135/2012, i tetti delle prestazioni ospedaliere da privato sono rideterminati in diminuzione rispetto al dato Consuntivo 2011 di -1% nel 2013 e del 2% nel 2014, secondo l'algoritmo descritto nella DCA 33/2013 inerente i limiti massimi di spesa per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera per il periodo 2013-2015. Nel ricalcolo dei budget di spesa è stata considerata la mancata attivazione dei servizi di *day surgery*, così come previsto per i budget di spesa 2011. Tale importo è stato decurtato dal budget della specialistica ambulatoriale. Pertanto, il valore della voce è rideterminato in 72,6 €/mln per il 2013 e in 71,8 per il 2014 e 2015. La stima a tendenziale non include gli effetti delle eventuali ulteriori riconversioni per l'anno 2013, 2014 e 2015.

Complessivamente, rispetto al Consuntivo 2012 si registra una contrazione della spesa di 0,5€/mln nel 2013, di 1,2 €/mln per il 2014 e di 1,2 €/mln per il 2015.

Specialistica ambulatoriale

Per effetto delle misure di cui all'intervento "7.3- Stipula intese e contratti con erogatori privati accreditati", coerentemente con quanto disposto dal Legge 135/2012, i tetti delle prestazioni ospedaliere da privato sono rideterminati in diminuzione rispetto al dato Consuntivo 2011 di -1% nel 2013 e del 2% nel 2014, secondo l'algoritmo descritto nel DCA 34/2013 inerente i limiti massimi di spesa per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera per il periodo 2013-2015. Pertanto, il valore della voce è rideterminato in 40,7 €/mln per il 2013, in 40,5 €/mln per il 2014 e in 40,6 €/mln 2015.

Complessivamente, rispetto al Consuntivo 2012 si registra una riduzione dei costi di 1,7 €/mln per il 2013 e di 1,9 €/mln per il 2014 e di 1,8 €/mln per il 2015.

Riabilitazione extra ospedaliera

La voce "Prestazioni da Privato – Riabilitazione extraospedaliera" è stata stimata costante per gli anni 2013-2015 pari al Consuntivo 2011 come da DCA 16/2013.

Altre Prestazioni da privato

In relazione alle voce "Altre Prestazioni da Privato", rispetto al Consuntivo 2012, è stato stimato, prudenzialmente, in incremento del 2% annuo per gli anni 2013-2015, di cui 1,5% come stima degli effetti inflattivi e 0,5% come TIP cautelativa. Così come indicato nel verbale del Tavolo Tecnico del 16 luglio u.s., tale voce di costo ha fatto registrare un tasso di crescita annuo nel triennio 2010 – 2012 superiore rispetto al 2% considerato ma, essendo già state attivate da parte dell'Azienda Sanitaria azioni aventi l'obiettivo di razionalizzazione della spesa, si è ritenuto opportuno considerare solo il tasso inflattivo.

Gestione straordinaria, finanziaria e fiscale

Nel tendenziale 2013-2015 le poste relative alle "Componenti Finanziarie e Straordinarie" sono state mantenute pari ai livelli riportati nel Consuntivo 2012, ad eccezione del Saldo di Gestione Straordinaria, il cui importo a tendenziale è posto pari al valore iscritto nel CE III trimestre 2013, al netto delle altre sopravvenienze attive verso terzi pari a 1,4 €/mln, ed è stato, prudenzialmente, tenuto costante nell'arco temporale 2014-2015. Tali importo è pari a 3€/mln.

Considerando quanto esposto, la perdita d'esercizio per il 2015 sarebbe stimata in -44,5 €/mln. Le Manovre previste dalla Regione consentiranno di raggiungere per l'anno 2015 una perdita d'esercizio pari a -1,58 €/mln.

Programmati

Di seguito si riporta il CE Programmatico calcolato sulla base dell'impatto delle manovre stimate nei presenti Programmi Operativi.

140 MOLISE - Aggregato								
ID	CONTO ECONOMICO €/000	2012 C	Tendenziale			Programmatico P1		
			2013 M	2014 N	2015 O	2013 S	2014 T	2015 U
A1	Contributi F.S.R.	567.637	559.068	566.628	566.088	559.068	566.628	566.088
A2	Saldo Mobilità	38.123	35.836	35.834	35.830	35.836	35.834	35.830
A3	Entrate Proprie	14.791	14.939	15.088	15.239	14.939	15.088	15.239
A4	Saldo Intramoenia	1.575	1.591	1.607	1.623	1.591	1.607	1.623
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 5.755	- 5.755	- 5.755	- 5.755	- 5.755	- 5.755	- 5.755
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	- 5.334	-	-	-	-	-	-
A	Totale Ricavi Netti	611.037	605.679	613.402	613.025	605.679	613.402	613.025
B1	Personale	206.229	206.229	206.229	206.229	200.690	195.535	190.339
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	39.021	39.801	40.597	41.409	38.726	37.889	38.778
B3	Altri Beni e Servizi	121.522	119.917	118.539	121.105	118.572	111.737	105.087
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	3.237	3.237	3.237	3.237	3.237	3.237	3.237
B5	Accantonamenti	3.153	3.216	3.280	3.346	3.216	3.280	3.346
B6	Variazione Rimanenze	3.683	- 2.321	- 2.321	- 2.321	- 1.187	1.083	1.083
B	Totale Costi Interni	376.845	370.079	369.562	373.006	363.255	352.760	341.869
C1	Medicina Di Base	50.888	50.888	50.888	51.906	50.888	50.888	51.906
C2	Farmaceutica Convenzionata	51.480	50.965	50.456	49.951	50.195	44.470	41.253
C3	Prestazioni da Privato	165.206	163.161	162.898	163.735	163.161	161.463	160.865
C	Totale Costi Esterni	267.574	265.014	264.241	265.592	264.243	256.821	254.024
D	Totale Costi Operativi (B+C)	644.419	635.093	633.803	638.597	627.498	609.581	595.893
E	Margine Operativo (A-D)	- 33.382	- 29.414	- 20.401	- 25.572	- 21.819	3.821	17.132
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	59	59	59	59	59	59	59
F2	Saldo Gestione Finanziaria	1.258	1.258	1.258	1.258	1.258	1.258	1.258
F3	Oneri Fiscali	15.122	15.122	15.122	15.122	14.700	14.438	14.309
F4	Saldo Gestione Straordinaria	2.659	3.096	3.096	3.096	3.096	3.096	3.096
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	19.098	19.535	19.535	19.535	19.113	18.851	18.722
G	Risultato Economico (E-F)	- 52.480	- 48.949	- 39.936	- 45.107	- 40.932	- 15.030	- 1.589

Fonte: [Ce NSIS Consolidato 2010-2011; Consuntivo 2012].

Tabella 12 - CE Programmati 2013 – 2015

Sintesi Manovre

Di seguito si riportano il dettaglio dell'impatto cumulato delle manovre.

Riepilogo impatto cumulato manovra nel triennio			
Valori in €/000			
	2013	2014	2015
Risultato economico tendenziale (A)	- 48.949	- 39.936	- 45.107
Manovra complessiva cumulato annuo (B)	- 8.017	- 24.906	- 43.518
Appropriatezza prestazioni da privato	0	-1.435	-2.870
Altri beni e servizi*	-1.345	-6.802	-14.449
Personale sanitario (Blocco Turn Over 2013)	-5.539	-9.844	-13.340
IRAP	-422	-684	-813
Stima cessazioni Responsabili UOC	0	-850	-2.550
Farmaceutica Convenzionata	-770	-5.985	-8.698
Prodotti farmaceutici ed emoderivati	59	695	772
ARPA	0	0	-1.570
Risultato economico Programmatico (A-B)	-40.932	-15.030	-1.589

Tabella 13 - Sintesi manovre PO 2013 – 2015

Riepilogo manovra nel triennio						
Valori in €/000						
Azione	Ambito intervento	Voci CE	2013	2014	2015	Totale
7.2.1	Erogatori Privati	Appropriatezza prestazioni da privato	0	-1.435	-1.435	-2.870
9.1.1 - 14.1.1	Beni e Servizi - Macroarea Ospedaliera	Altri beni e servizi*	-1.345	-5.457	-7.646	-14.449
10.1.1	Personale	Personale sanitario (Blocco Turn Over 2013)	-5.539	-4.306	-3.496	-13.340
10.1.1	Personale	IRAP	-422	-262	-129	-813
10.1.1	Personale	Stima cessazioni Responsabili UOC	0	-850	-1.700	-2.550
17.1	Farmaceutica Territoriale	Farmaceutica Convenzionata	-770	-5.215	-2.713	-8.698
17.1	Farmaceutica Ospedaliera	Prodotti farmaceutici ed emoderivati	59	635	77	772
1.2	Governance	ARPA	0	0	-1.570	-1.570
Totale manovre annuali			-8.017	-16.889	-18.612	-43.518

Tabella 14 - Sintesi manovre PO 2013 – 2015, effetto cumulato

2. Area: Governo del Sistema

Programma 1: Governance del PO

Il programma, come indicato dalle linee guida ministeriali, ha le finalità seguenti:

- individuazione delle modalità di attuazione del Programma Operativo ;
- azioni di potenziamento dell'attività di monitoraggio del Programma Operativo;
- governance dei rapporti con gli organi istituzionali della regione con riferimento alla coerenza degli atti da questi assunti con gli obiettivi del Programma Operativo / rimozione provvedimenti in contrasto con il Programma Operativo.

Intervento 1.1: Potenziamento del nucleo di coordinamento

La Regione Molise, in relazione ai vecchi Programmi Operativi 2010 e 2011-2012, con DCA n.85/2011 ha provveduto:

- All'istituzione e costituzione del Nucleo di Coordinamento e Controllo dei Programmi Operativi (NCCP);
- all'approvazione del cronoprogramma delle azioni a titolarità regionale e di quelle a titolarità ASReM;
- all'individuazione dei referenti regionali e dei referenti designati dalla ASReM, nonché all'individuazione del Dirigente referente responsabile del coordinamento unitario e del monitoraggio.

Si riportano di seguito le funzioni delegate al NCCP:

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

Azione 1.1.1: Aggiornamento composizione ed obiettivi NCCP

La Struttura Commissariale, con l'obiettivo di dare continuità all'attività di monitoraggio e controllo in materia di raggiungimento delle azioni previste dai presenti Programmi Operativi, intende prorogare l'operatività del NCCP per il triennio 2013-2015.

Nell'ottica di aggiornare quanto disposto dal DCA 85/2011 al fine di una più efficace collaborazione tra la Regione e l'unica azienda sanitaria regionale ASReM, con riferimento ai PO 2013-2015 e alla nuova situazione di contesto, la Regione s'impegna ad emanare un apposito decreto di aggiornamento indicante:

- la nuova composizione del nucleo per il triennio 2013-2015;
- lo scadenziario delle azioni previste a carico della Regione evidenziando anche il responsabile per il completamento di ciascuna azione descritta nei presenti Programmi Operativi;

- lo scadenario delle azioni di competenza ASReM evidenziando anche in questo caso il responsabile del completamento delle azioni previste dai presenti PO.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Assicurare efficace coordinamento tra Struttura Commissariale e responsabili dei singoli interventi.	
Indicatori di risultato	Tempistica
Emanazione Decreto Commissariale su “Attività, funzioni e composizione NCCP per il monitoraggio e controllo dei Programmi Operativi 2013-2015”	Gennaio 2014
Emanazione Provvedimento da parte del DG ASReM in attuazione delle azioni previste dai Programmi Operativi 2013-2015 (PAL) e dei relativi referenti aziendali	Gennaio 2014
Monitoraggio del livello di attuazione dei programmi operativi mediante l’invio con cadenza trimestrale ai Ministeri affiancanti del report di monitoraggio	Marzo 2014
Raggiungimento da parte di tutti i responsabili regionali degli obiettivi descritti nelle azioni dei PO 2013-2015 entro le scadenze stabilite	Dicembre 2015
Raggiungimento da parte di tutti i responsabili ASReM degli obiettivi descritti nelle azioni dei PO 2013-2015 entro le scadenze stabilite	Dicembre 2015
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Direttore Generale ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Azione 1.1.2: Implementazione funzioni ASReM e emanazione Atto Aziendale.

La peculiarità della Regione Molise è di avere un’unica azienda sanitaria con bacino d’utenza pari all’intera popolazione regionale (ASReM). Una maggiore e diretta responsabilizzazione dell’ASReM sull’attuazione delle azioni previste dai presenti PO 2013-2015 semplificherebbe il percorso di attuazione degli interventi e il conseguimento degli obiettivi previsti entro il 2015.

Punto di partenza necessario al fine di poter dotare l’azienda di una struttura efficace ed efficiente è l’emanazione dell’Atto Aziendale così come previsto dal PSR 2013-2015. In tal senso la Struttura Commissariale ha approvato in via definitiva le Linee Guida per la redazione dell’Atto Aziendale (DCA 7/2013) ricevendo al tempo stesso il parere favorevole dei Ministeri affiancanti (Parere Prot. SIVeAS 114/P del 30.04.2013). Di conseguenza è obiettivo prioritario dell’Azienda regionale procedere all’emanazione dell’Atto Aziendale ai sensi del DCA 7/2013 entro il 31.01.2014.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Contrattazione e acquisto delle prestazioni sanitarie da privato da parte dell’ASReM sulla base del fabbisogno regionale.	
Indicatori di risultato	Tempistica
Emanazione Atto Aziendale ASReM	Gennaio 2014
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Direttore Generale ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Intervento 1.2: Adempimenti LEA

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

Azione 1.2.1: Superamento degli adempimenti LEA

Considerata la rilevanza dei fondi, al fine di garantire liquidità al SSR, si ritiene prioritario adottare meccanismi che garantiscano il rispetto degli adempimenti LEA alle scadenze prefissate.

L'obiettivo della Regione è quello di raggiungere, a partire dal 2013 - 2014, il pieno superamento degli adempimenti LEA entro Giugno 2014.

Regione Molise Stato Adempimenti LEA 2011 - Situazione AS IS da Schema di Certificazione marzo 2013		
Adempimento	Descrizione	Status attuale
a	Stabilità ed equilibrio di gestione del Servizio Sanitario	In istruttoria
e	Erogazione dei LEA	Inadempiente con rinvio al PdR
f	Posti letto	Inadempiente con rinvio al PdR
g	Appropriatezza delle prestazioni	Inadempiente con rinvio al PdR
j	Tessera sanitaria - Monitoraggio delle prescrizioni	In istruttoria
k	Tessera sanitaria - Ricettari	In istruttoria
n	Contabilità analitica	Inadempiente con rinvio al PdR
r	Riduzione assistenza ospedaliera erogata	Inadempiente con rinvio al PdR
s	Assistenza domiciliare e residenziale	Inadempiente con rinvio al PdR
aa	Vincolo di crescita 2%	In istruttoria
ab	Certificazioni trimestrali di accompagnamento al conto economico	In istruttoria
ad	Obbligo accantonamenti per personale dipendente e convenzionato	In istruttoria
ae	Tessera sanitaria - Accordi MMG: verifica dell'utilizzo dei dati del Sistema Tessera sanitaria per il riscontro del rispetto della soglia del 70% da parte dei medici	In istruttoria
af	Esenzioni	In istruttoria
ag-az	Vincolo di crescita della spesa per il personale per l'anno 2011	In istruttoria
ak	Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio	Inadempiente con rinvio al PdR
am	Controllo cartelle cliniche	Inadempiente
ap	Sanità penitenziaria	Inadempiente
at	Attuazione dell'Articolo 11 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 in materia di certificabilità dei bilanci sanitari	In istruttoria
aaa	Certificazione in merito al blocco automatico del turn over e del divieto di effettuare spese non obbligatorie	Assenza riscontro
aae	Attività trasfusionale	Inadempiente con rinvio al PdR
aag	Emergenza-urgenza	Inadempiente con rinvio al PdR

Tabella 15 - Griglia Adempimenti LEA, stato inadempienze rilevate dai Ministeri vigilanti nel mese di marzo 2013

INDICATORI	
Risultati programmati	
Assicurare superamento adempimenti previsti dai questionari LEA a partire dal 2013	
Indicatori di risultato	Tempistica
Pieno superamento degli adempimenti LEA per l'anno 2012 e 2013	Giugno 2014
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Programma 2: Attuazione del D.Lgs. n. 118/2011

Il programma, in attuazione del D.Lgs. n. 118/2011, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- individuazione della struttura responsabile dell'attuazione del D.Lgs. n. 118/2011 nell'ambito del Programma Operativo (indicare se coincidente con il responsabile della GSA);
- implementazione delle azioni di monitoraggio dell'effettiva attuazione del D.Lgs. n. 118/2011;
- realizzazione e implementazione di specifici flussi informativi dedicati alla effettiva attuazione del D.Lgs. n. 118/2011;
- redazione periodica di un rapporto concernente lo stato di trasferimento alla GSA e all'ASReM delle risorse destinate al SSR, per competenza e per cassa.

Intervento 2.1: Attuazione delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011

La Regione Molise ha già avviato le attività, di seguito elencate, per il raggiungimento degli obiettivi previsti nel D.Lgs. n. 118/2011:

- perimetrazione dei capitoli di entrata e di uscita della Sanità – art. 20 D.Lgs. n. 118/2011: la Regione Molise con DCA n. 105/2011 e con successivi DCA n. 48/2012 e DCA n. 49/2012, rispettivamente per la GSA e per l'ASReM, ha individuato, e raccordato con le corrispondenti voci di conto economico del Piano dei Conti, i capitoli di entrata e di uscita del bilancio regionale relativi al finanziamento e alla spesa del SSR;
- istituzione conti di tesoreria intestati alla Sanità – art. 21 D.Lgs. n. 118/2011: la Regione Molise ha istituito i conti di tesoreria unica intestati alla Sanità, operativi a partire dal 1 gennaio 2012, al fine di garantire la trasparenza e la confrontabilità dei flussi di cassa relativi al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale;
- individuazione centro di responsabilità – art. 22 D.Lgs. n. 118/2011: con DCA n. 96/2011 la Regione Molise ha individuato nella Direzione Generale per la Salute il centro di responsabilità della GSA e ha indicato il Direttore del Servizio Risorse Finanziarie e Infrastrutture Sanitarie della Direzione Generale per la Salute come responsabile della GSA. L'attuazione del D.Lgs. n. 118/2011, come stabilito nel DCA in oggetto, è responsabilità della Direzione Generale per la Salute e del Servizio Risorse Finanziarie e Infrastrutture Sanitarie;
- adozione libri contabili obbligatori – art. 24 D.Lgs. n. 118/2011: come previsto dal DCA n. 96/2011, il responsabile della GSA, con l'ausilio di apposito sistema informatico regionale, provvede alla regolare tenuta delle rilevazioni contabili nel libro giornale e libro degli inventari;
- adozione Piano dei Conti – art. 27 D.Lgs. n. 118/2011: la Regione Molise con DCA n. 105/2011 e con successivi DCA n. 48/2012 e DCA n. 49/2012 ha adottato, rispettivamente, il Piano dei Conti della GSA e dell'ASReM, garantendo il raccordo con i relativi capitoli di entrata e di uscita del bilancio regionale e la corrispondenza univoca con le voci dei modelli di rilevazione ministeriale CE e SP vigenti. Il sistema informatico della GSA consente anche il raccordo delle rilevazioni economico-patrimoniali con i provvedimenti di incasso e di pagamento rilevati nei flussi finanziari regionali;
- predisposizione del bilancio consolidato del SSR – art. 32 D.Lgs. n. 118/2011: la Regione Molise, al fine di favorire la comparabilità e l'uniformità dei bilanci degli enti del SSR da consolidare, ha istituito, con provvedimento direttoriale n. 20 del 24 febbraio 2012, un Tavolo Tecnico composto da funzionari della GSA e dell'ASReM. Inoltre, la Regione ha predisposto le linee guida per la stesura del bilancio d'esercizio 2012 dell'ASReM contenenti le indicazioni per la valutazione e rilevazione contabile delle poste economico-patrimoniali alla luce delle recenti disposizioni normative di riferimento. Inoltre, per facilitare le attività di consolidamento dei bilanci degli enti del SSR, la Direzione Generale per la Salute, con provvedimento n. 380 del 28 dicembre 2012, ha approvato le procedure economico-contabili che la GSA deve osservare nel valutare le poste economico-patrimoniali da riportate nel bilancio consolidato del SSR.

Azione 2.1.1: Implementazione delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011

La Regione Molise intende continuare e consolidare il percorso già avviato di armonizzazione dei principi contabili e dei criteri di rilevazione per la redazione dei bilanci degli enti del proprio SSR. A tale proposito, nel corso del triennio 2013-2015, saranno svolte le seguenti azioni al fine di pervenire alla completa attuazione del D.Lgs. n. 118/2011:

- individuazione del terzo certificatore dei dati della GSA di cui all'art. 22, comma 3, lettera d), del D.Lgs. n. 118/2011, mediante DCA entro il 31 dicembre 2013;
- pianificazione di incontri formativi Regione-GSA-ASReM aventi ad oggetto i processi di rilevazione contabile al fine di garantire l'omogeneità delle rilevazioni contabili, mediante DCA entro il 31 dicembre 2013;
- implementazione di un'ideale piattaforma informatica nella quale integrare la contabilità economico-patrimoniale della GSA con la contabilità economico-patrimoniale che la Regione deve attivare ai sensi del Titolo I del D.Lgs. n.118/2011, mediante DCA entro il 31 dicembre 2015;
- implementazione di un sistema di controllo interno, mediante DCA entro il 31 dicembre 2015. Il sistema delle procedure per il controllo interno sarà rappresentato dall'insieme delle direttive e dalle metodologie adottate allo scopo di garantire la ragionevole sicurezza che gli enti del SSR raggiungano gli obiettivi istituzionali definiti dalla Regione assicurando l'affidabilità dei dati di bilancio. Tale sistema aggiornerà le procedure e le regole programmatiche già stabilite dalla Regione con DCA n. 12/2009 e DCA n. 8/2010 per l'ASReM, prevedendo uno specifico modello anche per la GSA. Il sistema di controllo interno sarà corredato da un modello di reporting, trimestrale e annuale, indicante lo stato di avanzamento delle attività di controllo avviate con i relativi risultati ottenuti;
- implementazione di un modello di reporting, trimestrale e annuale, avente ad oggetto lo stato di trasferimento alla GSA e all'ASReM delle risorse destinate al SSR da parte del bilancio regionale, mediante DCA entro il 31 dicembre 2014. Tale modello distinguerà le erogazioni regionali a favore del SSR in relazione alla tipologia di finanziamento, quota indistinta e vincolata, indicando i capitoli di bilancio su cui vengono rilevati gli importi di accertamenti/impegni e incassi/pagamenti, al fine di garantire la rappresentazione dei trasferimenti per cassa e per competenza. Infine, il modello di reporting consentirà la verifica puntuale tra l'allineamento tra i saldi patrimoniali di credito e debito degli enti del SSR verso la Regione e le risultanze della contabilità finanziaria del bilancio regionale.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Individuazione il terzo certificatore dei dati della GSA di cui all'art. 22, comma 3, lettera d), del D.Lgs. n. 118/2011	
Pianificazione incontri formativi	
Implementazione piattaforma informatica	
Implementazione modello di controllo interno	
Implementazione modello di reporting sullo stato dei trasferimenti delle risorse del SSR da parte della Regione	
Indicatori di risultato	Tempistica
Nomina del terzo certificatore dei dati della GSA, di cui all'art. 22, comma 3, lettera d), del D.Lgs. n. 118/2011	Dicembre 2013
Approvazione calendario incontri formativi e rilevazione effettiva partecipazione dei referenti aziendali e regionali	Dicembre 2013
Costituzione piattaforma informatica di integrazione dati economico-patrimoniali della GSA e del bilancio regionale	Dicembre 2015
Approvazione sistema controllo interno sulla verifica dello stato di attuazione del D.Lgs. n. 118/2011	Dicembre 2015
Approvazione modello di reporting sui trasferimenti delle risorse del SSR alla GSA e all'ASReM da parte della Regione	Dicembre 2014
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Dirigente responsabile GSA	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Programma 3: Certificabilità dei bilanci del SSR

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- individuazione della struttura responsabile della definizione e dell'attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC);
- attuazione della normativa prevista dal PAC;

Intervento 3.1: Certificabilità dei bilanci del SSR

Azione 3.1.1: Attuazione PAC

Con l'adozione dei DCA n. 13/2013 e DCA n. 14/2013, la Regione Molise, al fine di pervenire alla certificabilità del bilancio d'esercizio degli enti del SSR, ha adottato il PAC, secondo quanto previsto dal DM 1 marzo 2013. Gli obiettivi organizzativi, contabili e procedurali stabiliti dalla Regione Molise sono costituiti dai requisiti comuni a tutte le Regioni contenuti nell'allegato A del DM 1 marzo 2013, mentre la relazione periodica di accompagnamento al PAC è predisposta secondo lo schema dell'allegato B del DM 1 marzo 2013. Per ciascuna azione da implementare la Regione ha individuato le scadenze entro le quali raggiungere gli obiettivi stabiliti per la GSA e per l'ASReM, in seguito alle quali i dati di bilancio saranno sottoposti alle procedure di verifica come previsto dall'art. 4 del DM 17 settembre 2012. Le strutture regionali responsabili dell'attuazione del PAC sono la Direzione Generale per la Salute e il Servizio Risorse Finanziarie e Infrastrutture Sanitarie della Direzione Generale per la Salute.

In attuazione di quanto previsto dall'art. 2, comma 70, della Legge n. 191/2009, dove è stabilito che "per consentire alle regioni l'implementazione e lo svolgimento delle attività previste dall'articolo 11 della citata intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012, dirette a pervenire alla certificabilità dei bilanci delle aziende sanitarie, alle regioni si applicano le disposizioni di cui all'articolo 79, comma 1-sexies, lettera c), del decreto-legge 25 giugno 2008, n.112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n.133", l'approvazione del DCA n. 13/2013 ha richiamato la possibilità di utilizzare le risorse ex art. 20, comma 1, della Legge 11 marzo 1988 n. 67 per il finanziamento degli interventi diretti a garantire la disponibilità dei dati economici, gestionali e produttivi delle strutture sanitarie operanti a livello locale per consentirne la produzione sistematica, l'interpretazione gestionale continuativa e assicurare lo svolgimento delle attività di programmazione e controllo regionale ed aziendale. Pertanto, il processo di attuazione del PAC è funzionalmente integrato allo sviluppo di un sistema informativo regionale sanitario in grado di raccogliere sistematicamente tutti i dati necessari per un miglior governo dei flussi economico-finanziari, sia a livello centrale che a livello aziendale. A tale proposito, la Regione ha già avviato l'iter procedurale finalizzato al miglioramento del sistema informativo attingendo alle risorse finanziarie richiamate. In ogni caso, la realizzazione del PAC sarà svolta nel rispetto delle scadenze previste, non costituendo il potenziamento del sistema informativo regionale sanitario una condizione alla sua completa attuazione.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Attuazione PAC	
Indicatori di risultato	Tempistica
Verifica redazione PAC e raggiungimento obiettivi secondo le azioni previste	Dicembre 2015
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Dirigente responsabile GSA	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Programma 4: Flussi informativi

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- individuazione di una funzione dedicata di raccordo e coordinamento per tutti i flussi informativi di riferimento;
- azioni di miglioramento, in termini di completezza, qualità e tempistica, dei flussi informativi consolidati;
- implementazione dei nuovi flussi informativi del NSIS, già esistenti o in via di adozione;
- tessera sanitaria: corretta gestione dei flussi esistenti ed implementazione delle evoluzioni in materia di ricetta elettronica, ai sensi di quanto previsto dall'art. 50 della L. 326/2003, DPCM 26/3/2008, DM 2/11/2011 e art. 13 del D.L. 179/2012, nonché corretta attuazione di quanto previsto dal DM 11/12/2009 per il controllo delle esenzioni da reddito dalla compartecipazione alla spesa sanitaria.

Intervento 4.1: Potenziamento e miglioramento dei flussi informativi gestionali e contabili.

Implementazione nuovi flussi

Il Sistema Informativo Sanitario Regionale ha una rilevanza strategica perché, se ben organizzato, permette la conoscenza dei fenomeni e degli eventi in maniera analitica, completa, accurata, tempestiva ed omogenea su tutto il territorio regionale. Il Sistema Informativo Sanitario Regionale, inoltre, è unitario a livello regionale e comprende i dati e le informazioni prodotte dai sistemi informativi dell'Azienda Sanitaria e dei soggetti erogatori pubblici e privati accreditati della regione. In questo modo, è possibile intercettare tutti gli aspetti della domanda di salute della popolazione regionale per organizzare un'offerta dinamica ed efficace di servizi sanitari che potrà essere anche più efficiente attraverso il monitoraggio dei processi di produzione dell'assistenza sanitaria e dei loro costi.

I flussi informativi obbligatori, se non considerati soltanto come un onere dai soggetti coinvolti, devono, infatti, essere considerati come un utile strumento di lavoro e di controllo, sia delle specifiche attività che dell'intero sistema sanitario regionale.

L'Azienda Sanitaria Regionale (ASReM) è la generatrice della quasi totalità dei flussi, in quanto è al suo interno che si svolgono le attività alle quali i flussi fanno riferimento. La Direzione Generale per la Salute quale centro di controllo e di decisione svolge soprattutto funzioni di coordinamento e di verifica qualitativa dei dati rilevati.

A tal fine nel corso del 2012 è stata emanata una Determinazione del DG Salute (n°357 del 18.12.2012) volta al miglioramento ed efficientamento della governance dei flussi informativi a livello regionale. La Determinazione, infatti, nell'approvare la Direttiva flussi informativi e la mappa flussi, allegati alla stessa, impegna e responsabilizza tutti i servizi regionali, ponendosi l'obiettivo di disciplinare in maniera completa il processo di rilevazione, condivisione e utilizzo dei dati derivanti dalle prestazioni sanitarie erogate, a tutti i livelli, dalle strutture regionali, per indirizzare con maggior vigore le politiche regionali e aziendali al raggiungimento degli obiettivi di salute.

Pertanto il sistema informativo della Regione Molise avrà quale compito principale quello di gestire le informazioni utili alla misura e alla valutazione dei processi gestionali e clinici per ottimizzare il governo delle risorse.

In sintesi, alla puntuale rilevazione dei dati sanitari nei tempi e nei modi disciplinati, deve seguire una idonea fase di validazione degli stessi, non solo ai fini di onorare il debito informativo nei confronti del Governo ma anche per rilevare, in tempo utile, eventuali comportamenti "anomali" dell'intero sistema sanitario regionale.

La Regione Molise recentemente ha provveduto ad attivare i flussi informativi SIMES ed HOSPICE:

- il SIMES – Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità – è stato attivato con provvedimento direttoriale n.128 del 29 maggio 2013 che ha recepito integralmente il DM del 11.12.2009 unitamente al disciplinare tecnico ove vengono descritte le modalità di trasmissione dei dati al NSIS relative agli eventi sentinella e alle denunce di sinistro.

- L'HOSPICE – Monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice – è stato attivato con provvedimento direttoriale n.161 del 28 giugno 2013 che ha recepito il DM 6 giugno 2012.

Per i detti flussi di recente attivazione va evidenziato che, per il flusso SIMES, non si sono ancora verificati eventi legati al flusso, per cui non vi sono dati da trasmettere.

Per il flusso HOSPICE è stato già effettuato il primo invio dati relativo al III trimestre 2013 e si è ancora in fase di perfezionamento degli esiti della trasmissione.

Azione 4.1.1: Superamento criticità Flussi Informativi

La Regione dovrà fornire specifiche direttive per consentire l'efficace implementazione della DDG Salute n°357/2012 e il superamento, nel corso del triennio di vigenza dei presenti PO, delle principali criticità individuate dal SIS (Sistema Informatico Sanitario).

Di seguito si riporta lo stato attuale dei flussi informativi sui quali si registrano alcune criticità.

Flussi SIS		
Criticità	Descrizione	Motivazione
A	mancata tempestività della trasmissione al sistema NSIS dei modelli da parte di ASREM e Regione	ASReM: varie e di tipo organizzativo interne
		SIS: mancata ricezione dei modelli cartacei in tempo utile.
B	mancata verifica qualitativa in fase di data entry da parte aziendale	ASReM: varie e di tipo organizzativo interne
C	procedura di validazione prevista dal sistema NSIS non a regime	Regione: varie e di tipo organizzativo interne



Azioni sui Flussi SIS	
Criticità	Azione
A	Raggiungere il pieno rispetto dei tempi di invio dei modelli al NSIS attraverso l'attuazione della direttiva flussi come da determina del DG Salute n.357 del 18.12.2012 nello specifico punti "g" e "o".
B	Trasmettere informazioni all'NSIS dopo che i dati hanno superato un controllo qualitativo: la ASREM dovrà confrontare i dati che inserisce nel sistema NSIS con quelli della stessa tipologia che vengono trasmessi, dalla stessa, al sistema centrale di governo attraverso canali differenti.
C	Potenziare la struttura SIS attraverso l'acquisizione di risorse umane e strumentali.
	Raggiungere la messa a regime della procedura di validazione prevista dal NSIS. Attuare la direttiva flussi come da determina del DG Salute n.357 del 18.12.2012.
	Coinvolgere i direttori di servizio responsabili per materia affinché procedano alla tempestiva verifica delle informazioni contenute nei modelli che gli vengono trasmessi

Tabella 16 - Mappatura Flussi SIS

Flusso SDO		
Criticità	Descrizione	Motivazione
A	mancato inserimento da parte dell'azienda nella banca dati sanitaria regionale di tutte le SDO riferite al periodo oggetto della trasmissione	ASReM: varie e di tipo organizzativo interne
B	ritardi nella trasmissione	ASReM: di tipo organizzativo e completamento banca dati
C	validazione regionale di merito dei dati contenuti nella scheda	Regione: mancata attivazione di una specifica procedura che individui le competenze



Azioni sul Flusso SDO	
Criticità	Azione
A	raggiungere il pieno rispetto dei tempi di inserimento delle SDO nella banca dati regionale, attraverso l'attuazione della direttiva flussi come da determina del DG Salute n.357 del 18.12.2012 nello specifico punto "o".
B	raggiungere il pieno rispetto dei tempi di trasmissione delle SDO al NSIS, attraverso l'attuazione della direttiva flussi come da determina del DG Salute n.357 del 18.12.2012.
C	dare completa attuazione alla DG n.357/2012 che attribuisce, nell'allegato B specifiche responsabilità a livello regionale.

Tabella 17 - Mappatura Flusso SDO

Per quanto riguarda il Flusso CEDAP e in particolare il miglioramento della qualità del dato, si evidenzia che:

- sono state poste in essere delle azioni di controllo sull'applicativo di inserimento del certificato che eviteranno errori di data entry. Tali nuovi controlli, saranno resi operativi non appena il personale preposto al caricamento dei dati sarà adeguatamente formato. (gennaio 2014).
- Considerato che la normativa in materia di CEDAP non è molto chiara riguardo all'obbligatorietà o meno di taluni campi, con mail del 21 agosto 2013 indirizzata al Ministero della Salute sono stati richiesti dei chiarimenti. Infatti il sistema NSIS ha rilevato delle anomalie relative proprio a dei campi "obbligatori" sul tracciato 2012 che per logica non dovrebbero essere tali (es. cittadinanza padre , professione del padre, ecc. Tale richiesta non ha avuto ancora riscontro.

Flusso CEDAP		
Criticità	Descrizione	Motivazione
A	ritardo nell'inserimento da parte dei punti nascita nella banca dati sanitaria regionale di tutti i Cedap riferiti al periodo oggetto della trasmissione	ASReM: varie e di tipo organizzativo interne
B	qualità dell'informazione	mancanza di una procedura chiara che definisca le competenze interne dei reparti di ostetricia e neonatologia che determina il mancato inserimento di informazioni in campi obbligatori
C	validazione regionale dei dati contenuti nella scheda	tempi insufficienti per effettuare una puntuale verifica dei dati a causa del ritardo nell'inserimento da parte dell'azienda nella banca dati sanitaria regionale di tutti i Cedap



Azioni sui Flusso CEDAP	
Criticità	Azione
A	Raggiungere il pieno rispetto dei tempi di inserimento dei Cedap nella banca dati regionale, attraverso l'attuazione della direttiva flussi come da determina del DG Salute n.357 del 18.12.2012.
B	Migliorare la qualità del dato apportando i necessari controlli all'applicativo di inserimento.
C	Raggiungere la puntuale verifica delle informazioni attraverso la comparazione Cedap - SDO.

Tabella 18 - Mappatura Flusso CEDAP

Flussi NSIS			
Criticità	Flusso	Descrizione	Motivazione
A	DDD/DPC	<ul style="list-style-type: none"> Ritardi nella trasmissione al sistema NSIS Validazione dei dati contenuti nei flussi 	<ul style="list-style-type: none"> Ritardi nella produzione/elaborazione del dato Attribuzione competenza di validazione - assenza di specifici indicatori di qualità del dato
	Consumi Ospedalieri		
	Dispositivi Medici		
	EMUR 118		
	EMUR PS		
B	FAR	<ul style="list-style-type: none"> Ritardi nella trasmissione al sistema NSIS Validazione dei dati contenuti nei flussi Difficoltà a sanare il ritorno di file di scarto 	<ul style="list-style-type: none"> Ritardi nella produzione/elaborazione del dato Attribuzione competenza di validazione Tecnico – organizzative dell'azienda sanitaria
	SISM		
	SIND		
	SIAD		



Azioni sui Flusso NSIS	
Criticità	Azione
A	Raggiungere il pieno rispetto dei tempi di trasmissione al NSIS, attraverso l'attuazione della direttiva flussi come da determina del DG Salute n.357 del 18.12.2012.
	Attribuzione competenza di validazione attraverso l'attuazione della DG n.357/2012 e creazione di indicatori di qualità utili al monitoraggio qualitativo del dato con il coinvolgimento del SIS – Servizio competente per materia.
B	Raggiungere il pieno rispetto dei tempi di trasmissione al NSIS, attraverso l'attuazione della direttiva flussi come da determina del DG Salute n.357 del 18.12.2012.
	Attribuzione competenza di validazione attraverso l'attuazione della DG n.357/2012 e creazione di indicatori di qualità utili al monitoraggio qualitativo del dato con il coinvolgimento del SIS – Servizio competente per materia.

Tabella 19 - Mappatura Flussi NSIS

Di seguito si riportano i flussi sui quali si sono riscontrate le principali criticità. Si è, inoltre, riportata la tempistica entro la quale si prevede il superamento delle problematiche evidenziate.

INDICATORI		
Risultati programmati		
Superamento criticità		
Potenziamento affidabilità dei flussi informativi		
Indicatori di risultato		
Flusso	Criticità	Tempistica
SDO	Completezza dati	Dicembre 2015
	Rispetto tempi di trasmissione	Giugno 2014
	Implementazione procedura validazione dati	Giugno 2014
CEDAP	Completezza dati	Marzo 2014
	Rispetto tempi di trasmissione	Marzo 2014
	Implementazione procedura validazione dati	Marzo 2014
DD/DPC	Rispetto tempi di trasmissione	Giugno 2014
	Implementazione procedura validazione dati	Giugno 2014
Consumi Ospedalieri	Rispetto tempi di trasmissione	Creazione indicatori Giugno 2014 Verifica test indicatori Dicembre 2014 Messa a regime validazione Gennaio 2015
	Implementazione procedura validazione dati	
DM	Rispetto tempi di trasmissione	Creazione indicatori Giugno 2014 Verifica test indicatori Dicembre 2014 Messa a regime validazione Gennaio 2015
	Implementazione procedura validazione dati	
EMUR 118	Rispetto tempi di trasmissione	Creazione indicatori Giugno 2014 Verifica test indicatori Dicembre 2014 Messa a regime validazione Gennaio 2015
	Implementazione procedura validazione dati	
EMUR PS	Rispetto tempi di trasmissione	Creazione indicatori Giugno 2014 Verifica test indicatori Dicembre 2014 Messa a regime validazione Gennaio 2015
	Implementazione procedura validazione dati	
SISM	Rispetto tempi di trasmissione	Creazione indicatori Dicembre 2014 Verifica test indicatori Giugno 2015 Messa a regime validazione Dicembre 2015
	Implementazione procedura validazione dati	
	Implementazione procedura risanamento scarti	
FAR	Rispetto tempi di trasmissione	Giugno 2014
	Implementazione procedura validazione dati	
	Implementazione procedura risanamento scarti	
SIND	Rispetto tempi di trasmissione	Creazione indicatori Dicembre 2014 Verifica test indicatori Giugno 2015 Messa a regime validazione Gennaio 2015
	Implementazione procedura validazione dati	
	Implementazione procedura risanamento scarti	
SIAD	Rispetto tempi di trasmissione	Giugno 2014
	Implementazione procedura validazione dati	
	Implementazione procedura risanamento scarti	
Responsabile del procedimento attuativo		
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute		

INDICATORI
Risultati programmati
Ufficio SIS della Direzione Generale per la Salute e Uffici competenti della Direzione Generale per la Salute
DG ASReM
Ufficio flussi informativi ASReM
VALORIZZAZIONE ECONOMICA
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici

Intervento 4.2: Potenziamento e miglioramento del flusso Tessera Sanitaria

Il Sistema Informativo Tessera Sanitaria consente il monitoraggio della spesa sanitaria e la verifica della appropriatezza prescrittiva, attraverso la rilevazione dei dati delle ricette mediche relativa alla farmaceutica e specialistica a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

In particolare, ai fini della verifica dell'appropriatezza prescrittiva, il sistema informativo TS consente l'individuazione certa ed univoca sia dell'assistito sia del medico prescrittore.

In questa ottica il CUP Regionale deve ricoprire il ruolo centrale nel Sistema Informativo Regionale di collettore unico delle informazioni relative all'effettiva erogazione delle prestazioni di specialistica facilitando la generazione del debito informativo verso il Ministero delle Finanze definito dal sistema Tessera sanitaria.

In tal modo il Sistema Tessera Sanitaria consente all'ASReM e alla Regione 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 potente di programmazione e di contenimento del settore sanitario.

Azione 4.2.1: Attuazione del progetto di dematerializzazione della ricetta SSN (DM 2 nov. 2011)

Con riferimento al Piano di diffusione della ricetta medica cartacea, come da comunicazione prot. n. 85673 del 15.10.2012 del dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, la Regione Molise intende procedere all'adempimento delle disposizioni in esso contenute entro il termine di operatività dei presenti Programmi Operativi.

Nel dettaglio le azioni che si intende porre in essere sono:

■ **Fase 1:** Ricette specialistiche prescritte ed erogate internamente alle strutture pubbliche:

- estensione della dematerializzazione a tutte le strutture pubbliche regionali.

Entro: Settembre 2014

■ **Fase 2:** Ricette farmaceutiche prescritte ed erogate nella regione:

- estensione della dematerializzazione a tutti i medici di medicina generale, a tutti i pediatri di libera scelta e a tutte le farmacie regionali (min. 60%)

Entro: Dicembre 2014

■ **Fase 3:** Ricette specialistiche prescritte nella regione ed erogate in strutture regionali pubbliche o private convenzionate:

- avvio della sperimentazione

Entro: Dicembre 2014

- estensione della dematerializzazione a tutte le strutture pubbliche e private convenzionate regionali eroganti prestazioni specialistiche (erogazione in de-mat) ed a tutti i medici (prescrizione in de-mat)

Entro: Settembre 2014

- **Fase 4:** Ricette specialistiche prescritte fuori regione ed erogate in strutture regionali pubbliche o private convenzionate:

- avvio della sperimentazione

- Entro: Dicembre 2015

- estensione della dematerializzazione a tutte le strutture regionali pubbliche o private convenzionate della regione per le ricette specialistiche prescritte fuori regione ed erogate in regione

INDICATORI	
Risultati programmati	
Consolidamento e conclusione progetto di de materializzazione della ricetta	
Indicatori di risultato	
Fase	Tempistica
Fase 1	Settembre 2014
Fase 2	Dicembre 2014
Fase 3	Settembre 2014
Fase 4	Dicembre 2015
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Ufficio SIS della Direzione Generale per la Salute	
Uffici competenti della Direzione Generale per la Salute	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Azione 4.2.2: Potenziamento e superamento criticità ancora presenti nel flusso Tessera Sanitaria

Con riferimento alle criticità ancora presenti all'interno del flusso Tessera Sanitaria, nel dettaglio:

- Criticità connesse alle banche dati;
- web service;
- collegamento in rete dei medici;
- esenzioni da reddito.

La Regione Molise intende procedere alla loro risoluzione entro e non oltre Dicembre 2014.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Superamento criticità del flusso TS	
Indicatori di risultato	
Fase	Tempistica
Consolidamento flusso	Dicembre 2014
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	

INDICATORI
Risultati programmati
Ufficio SIS della Direzione Generale per la Salute
Uffici competenti della Direzione Generale per la Salute
VALORIZZAZIONE ECONOMICA
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici

Intervento 4.3: Il Sistema ICT

In chiave integrata rispetto all'area di gestione più marcatamente amministrativa dei flussi informativi, si colloca la necessità di riprogettare il complessivo sistema ICT della sanità regionale.

Il sistema presenta attualmente una dotazione consistente di sistemi gestionali, clinico sanitari e di controllo, frutto di una storia evolutiva complessa e di decisioni che non sempre sono state prese alla luce di una strategia mirata riferita ai sistemi informativi e tecnologici in ambito sanitario.

Solo nel corso degli ultimi anni, anche a seguito del processo di unificazione delle ex Aziende Sanitarie Locali nell'unica Azienda Regionale, si è avvertita la necessità di avviare un percorso di razionalizzazione, finalizzato ad affermare una governance forte sui sistemi da parte dell'Azienda Sanitaria.

A comporre il sistema ICT della sanità contribuiscono due classi di sistemi: i sistemi regionali ed i sistemi aziendali.

Sistemi Regionali

I principali sistemi regionali della sanità sono:

- Anagrafe Regionale;
- CUP Centro Unico Prenotazioni regionale;
- 118Net - Emergenza sanitaria;
- Rete Regione Molise – rete dati;
- Sistema gestione flussi Assistenza Residenziale e Semiresidenziale;
- Sistema Gestione Assistenza Residenziale;
- Sistema controllo consumi farmaceutici e spesa farmaceutica;
- SIO (Sistema Informativo Ospedaliero): composto principalmente da ADT (Accettazione Dimissione e Trasferimento), PS (Pronto Soccorso), Gruppo Operativo, Reparto;
- Sistema di gestione Guardia Medica.

Sistemi Aziendali

I principali sistemi dell'azienda sono:

- SIA (Sistema informativo sanitario – Sottosistema amministrativo e del personale);
- Sistema Informativo Socio-Sanitario;
- Anagrafe di scelta e revoca;
- LIS (Laboratory Information System);
- RIS (Radiology Information System);
- PACS (Picture Archiving Communication System);
- Vaccinazioni;

- Protesica e presidi;
- Medicina legale e fiscale;
- Sistema Trapianti;
- Registro accessi vascolari;
- Diabetologia;
- Sistema veterinaria e di alimenti.

Tra i sistemi regionali, oltre ad esserci molti applicativi che necessitano di avere scopo e dignità del livello regionale, e per i quali le informazioni gestite costituiscono una base dati informativa omogenea nel significato e sono importanti sia per analisi di contesto sia per assolvere obblighi informativi di legge, sono inclusi sistemi che, senza una pianificazione e un modello di sviluppo definito, la Regione ha inteso adottare anche per avere garanzia di uniformità nei confronti delle ex Aziende Sanitarie Locali. I sistemi regionali sono gestiti dalla società informatica regionale Molise Dati, che per questa tipologia assume di fatto il ruolo di centro servizi.

La ASReM, con scelte differenti per scopo e differite nel tempo, si è dotata di sistemi a supporto dei processi di cura ed amministrativi finalizzati soprattutto a superare le criticità gestionali intervenute a seguito dell'unificazione. Non avendo a disposizione un proprio centro servizi, lo sviluppo e la gestione dei sistemi ASReM è di fatto affidata ai fornitori degli applicativi.

In conseguenza di ciò permane l'ambito differenziato dei sistemi, che rende in molti casi problematico lo scambio e la raccolta delle informazioni per una governance complessiva del sistema. Inoltre si evidenzia la totale carenza di sistemi territoriali a controllo centrale (MMG, Farmacie) che rende non governabili le attività ad esso connesse.

Si riassumono di seguito le principali criticità del sistema, riconducibili tutte alla mancata integrazione degli applicativi di cui si compone il sistema ICT sanitario regionale:

- I sistemi non operano su una base-dati (anagrafiche) comune e integrata;
- Le tecnologie alla base dei sistemi non sono uniformemente aggiornate;
- Lo sviluppo e la gestione dei sistemi informativi è affidata alla Molise Dati, per quel che riguarda i sistemi regionali, e ai diversi fornitori esterni, per i sistemi aziendali, senza alcun tipo di controllo e governo centralizzato;
- L'ASReM non ha il controllo totale delle attività che svolge la Molise Dati in quanto non detiene il relativo rapporto contrattuale, che invece è in capo alla Regione;
- Non esiste, sia a livello regionale che aziendale, un sistema data warehouse sanitario, a supporto delle attività di monitoraggio e controllo;

Ne consegue:

- la mancanza di una visione unitaria dei fenomeni che compromette le attività di monitoraggio e pianificazione strategica;
- l'appesantimento e la destrutturazione della gestione operativa dei processi informativi;
- l'aggravamento dell'onere economico complessivo per il Sistema Sanitario Regionale causato dalla differenziazione.

Azione 4.3.1: Implementazione strutture ICT

Le Amministrazioni Regionali italiane, a vari livelli, sono oggi impegnate nello sforzo di contenimento della spesa sanitaria, sforzo reso però particolarmente difficile dai trend demografici di invecchiamento della popolazione e dalla struttura intrinseca di un Sistema Sanitario come il nostro fondato sulla centralità degli ospedali. L'esperienza di tante realtà di eccellenza mostra chiaramente come un elevato livello di informatizzazione delle strutture possa portare a migliori performance economiche e, contemporaneamente,

consenta di rispondere all'esigenza di fornire ai cittadini servizi qualitativamente più elevati. L'ICT, dunque, sembra essere oggi una delle poche leve, se non l'unica, in grado di portare verso un Sistema Sanitario qualitativamente migliore ed economicamente sostenibile per la collettività. Le principali difficoltà ad un utilizzo strategico e innovativo delle nuove tecnologie si riscontrano spesso a livello politico ed organizzativo. La barriera principale, oltre alla carenza di risorse e competenze, sembra essere oggi una sorta di incapacità a "fare sistema": sia a livello aziendale, tra i diversi reparti e dipartimenti, sia a livello regionale e nazionale.

L'orientamento strategico per il prossimo triennio vede come priorità assoluta per l'ICT l'integrazione sistemica e la creazione di un'unica piattaforma tecnologica e informativa dell'ASReM. Questo può essere reso possibile solo attraverso un intervento organizzativo che deve portare all'istituzione di una struttura interna all'azienda che abbia funzioni di Centro Servizi ICT. Il Centro Servizi si potrà concretizzare attraverso la riqualificazione del personale ICT in organico all'Azienda e l'acquisizione di nuove figure professionali ad elevata specializzazione e avrà il compito di guidare il processo complessivo di integrazione sistemica delle reti regionali per l'assistenza socio-sanitaria (supporto alla qualità della vita del cittadino), territoriale (cure di base e accesso) e ospedaliera (emergenza/urgenza e ospedali).

L'unificazione nel Centro Servizi delle diverse realtà tecnologiche e informative, oltre ad elevare il livello di qualità dei servizi erogati consentirà di ottenere rilevanti risparmi economici derivanti dall'accentramento della gestione dei contratti ICT e dalle sinergie ed economie di scala che si potranno ad essi applicare.

L'ICT in coerenza con i luoghi dell'assistenza sanitaria e sociale, avrà quindi l'obiettivo di cingere il cittadino in una rete informativa unitaria in grado di conseguire il duplice obiettivo di costituire, per lo stesso cittadino, il miglior patrimonio per la gestione della salute e per il sistema sanitario la gestione ottimale delle proprie risorse.

Il Centro Servizi verrà affidata la costruzione di una nuova dotazione informativa che garantisca al sistema aziendale di:

- coinvolgere ed informare i cittadini promuovendo i migliori modi per avvalersi dei servizi della sanità e del sociale;
- facilitare l'accesso agli stessi servizi;
- costituire un patrimonio informativo soggettivo per la salute del cittadino (sanità + sociale) sul quale fondare una nuova modalità di relazione ;
- raccogliere a livello centrale le informazioni fenomenologiche e le informazioni degli eventi di assistenza sociale e sanitaria e costituirne la base informativa per il governo;
- controllare l'efficacia dell'erogazione dei servizi e tenerne informata la popolazione;
- controllare l'efficienza del sistema nell'allocazione e nell'utilizzo delle risorse;
- dare conto dell'equità assistenziale alla popolazione.

Attraverso un macro percorso di interventi programmati, i sistemi ICT debbono convergere su un assetto in grado di conseguire gli obiettivi della rinnovata modalità relazionale fra sistema aziendale e cittadino.

La complessità realizzativa e la molteplicità degli attori coinvolti in un processo di evoluzione del sistema socio sanitario, richiede la definizione di una visione strategica comune, attraverso la condivisione tra tutti gli interlocutori di un modello di riferimento ed un linguaggio comune.

Il disegno progettuale ed il relativo percorso di implementazione che ne consegue, parte dalla necessità di disporre di un modello in cui si integrino in modo sistemico elementi di carattere strategico, organizzativo, funzionale e tecnologico dei sistemi sociale e sanitario.

La struttura portante dell'intero modello deve essere caratterizzata da una robusta rete di carattere informatico – telematico che abiliti e faciliti la circolazione delle informazioni e della conoscenza e semplifichi il

funzionamento dei sistemi sanitario e sociale, relativamente all'accessibilità, all'operatività ed alla sicurezza, a tutti i livelli organizzativi e istituzionali.

L'insieme di questi elementi concorre a classificare il funzionamento dell'intero sistema di welfare regionale all'interno di diverse macro aree a cui è riconducibile la strategia evolutiva dei processi operativi e delle modalità di acquisizione, offerta, diffusione e circolarità delle informazioni che agiscono ai diversi livelli organizzativi ed istituzionali della Regione e, nello specifico, dei sistemi sanitario e sociale, in linea con le più recenti indicazioni per l'innovazione nella Pubblica Amministrazione rivolte allo sviluppo della società dell'informazione e della sanità elettronica:

- Governance rappresenta l'insieme dei processi che, ai diversi livelli istituzionali, hanno l'obiettivo di determinare gli indirizzi strategici del sistema, nonché gli obiettivi prioritari e le azioni per conseguirli, secondo l'elaborazione di linee guida e norme specifiche (ad esempio: pianificazione strategica, linee guida);
- e-Government rappresenta l'insieme dei processi che riguardano gli aspetti procedurali e le modalità di gestione ed erogazione delle prestazioni socio-sanitarie e di controllo della spesa a livello locale, aziendale e regionale, nell'ambito delle specifiche funzioni centrali dell'amministrazione strettamente collegate all'azione di governo (ad esempio: accreditamenti, autorizzazioni, monitoraggio e controllo);
- e-Service rappresenta l'insieme dei processi operativi e delle modalità di comunicazione che hanno l'obiettivo di facilitare e rendere efficace l'accesso e la fruizione di servizi e prestazioni socio-sanitarie a tutti gli utenti (cittadini e operatori); questo ambito di azione richiede caratteristiche di continuità, di disponibilità, di diffusione sul territorio e di agevole comunicazione con la più vasta categoria di utenti (ad esempio, attraverso il sistema informativo territoriale, i sistemi telematici dell'emergenza, i sistemi telematici domiciliari, la carta sanitaria, le reti dei medici di famiglia, centri unici prenotazione e call center delle associazioni di volontariato);
- e-Procurement rappresenta l'area dei processi preposti all'acquisizione dei beni e delle risorse dal mondo economico circostante. L'obiettivo dell'area è il miglioramento dell'efficienza nelle modalità di acquisizione e di impiego dei beni e delle risorse acquisite in una logica di economie di scala e di scopo. Si avvale di modelli organizzativi e di tecnologie avanzate al fine di avere una efficace capacità di controllo in riferimento all'offerta del mercato ed una comunicazione interattiva con tutti gli interlocutori (ad esempio: sistemi amministrativi, gestionali e logistici, fornitori);
- e-Knowledge rappresenta l'insieme dei processi che, ai vari livelli e facendo uso di tecnologie avanzate di comunicazione, hanno l'obiettivo di gestire l'organizzazione e la diffusione di conoscenze ed esperienze su diverse tematiche, al fine di facilitare i processi di informazione, formazione ed educazione di tutti gli attori del sistema (ad esempio: strumenti di knowledge management);
- e-Learning rappresenta l'area dei processi rivolti all'aggiornamento ed alla crescita professionale del personale della sanità, in particolare per i medici e gli operatori sanitari, attraverso l'utilizzo di servizi in rete (ad esempio: formazione a distanza, "Educazione Continua in Medicina");
- e-Community rappresenta le aree che riuniscono cittadini, pazienti, operatori, erogatori di servizi, fornitori in comunità che aggregano necessità e interessi collettivi (ad esempio: reti di patologia, portali di specialità, percorsi di cura e assistenza, forme associative). L'ipotesi di fondo è che il modello di riferimento, condiviso tra tutti gli attori coinvolti ai vari livelli istituzionali, costituisca la cornice all'interno della quale viene definita la strategia della ASReM, orientata a realizzare un sistema che garantisca la più ampia disponibilità di servizi e di conoscenza a tutti gli utenti in condizioni di efficacia ed efficienza. L'aspetto di maggiore rilievo consiste quindi nel voler creare le condizioni per facilitare le attività e agire in modo diffuso nel territorio, con il supporto di servizi di carattere informativo - informatico e comunicazionale.

Obiettivi

Le trasformazioni in atto introducono principi e valori nuovi che presuppongono una relazione con gli assistiti attraverso processi assistenziali contraddistinti da semplicità, sussidiarietà, rapidità, appropriatezza, trasparenza ed equità.

I processi assistenziali sono in grado di sviluppare queste caratteristiche anche attraverso il corredo di un contenuto informativo chiaro, completo ed accessibile ai soggetti che sono coinvolti o che beneficiano degli stessi.

L'obiettivo principale che si vuole perseguire è quello di migliorare l'assetto dei sistemi regionali anche attraverso una capillare e diffusa informatizzazione delle fasi dei processi assistenziali (prescrizione, prenotazione, erogazione).

Ciò prevede di introdurre cambiamenti rilevanti nelle modalità e negli strumenti con cui i cittadini ed i professionisti agiscono nell'ambito del processo assistenziale o amministrativo.

Nel caso, si consideri come la relazione fra assistito e sistema sanitario sia in predicato di cambiamento attraverso l'introduzione della TS-CNS (tessera sanitaria – carta nazionale dei servizi) in corso di distribuzione da parte del MEF e dotata di microprocessore; configurandosi questa, nei fatti, come uno strumento di identificazione attraverso procedure e regole informatiche definite, consente l'accesso a servizi di relazione con l'amministrazione pubblica sia sanitari che amministrativi, improntati ad una maggiore sicurezza, rapidità e precisione a favore del cittadino e tracciabilità degli eventi a favore del sistema.

Il potenziamento dell'intero sistema informativo della sanità della regione passa dunque attraverso alcuni vincoli che tengono conto dello stato delle infrastrutture regionali e degli obiettivi della trasformazione del sistema sanitario regionale, portando ciò alla individuazione di alcuni specifici interventi, in sintesi di seguito qui riportati:

- 01 - data center sanità;
- 02 - infrastruttura per la TS-CNS;
- 03 - infrastruttura FSE;
- 04 - repository documentale sanitario federato;
- 05 - sistemi di pagamenti online;
- 06 - anagrafe sanitaria regionale degli assistiti;
- 07 - rete territorio (distretti, MMG, Farmacie);
- 08 - livello regionale referti di laboratorio analisi;
- 09 - network diagnostica per immagini;
- 10 - portale della sanità.

L'esito del piano di interventi sul quadro dei processi assistenziali e sulla configurazione dei bisogni della popolazione assistita è prefigurata da trasformazioni in grado di migliorare e sviluppare :

- un sistema sanitario contiguo con la popolazione ed in grado di percepire rapidamente i bisogni degli assistiti;
- alta disponibilità ed affidabilità dei sistemi regionali del servizio sanitario;
- la razionalizzazione di alcuni dei principali processi di assistenza del sistema sanitario regionale supportati da informazioni disponibili in un contesto di circolarità;
- la capacità di riconfigurare e finalizzare il sistema per gli ambiti di servizio ad alta professionalità ed ad alto contenuto tecnologico.

Risultati attesi

Il nuovo quadro strategico porta a linee di intervento pensate per dare continuità alle azioni in corso, concentrando nel contempo gli sforzi nell'integrazione e nel potenziamento della dotazione informativa e facendo sì che possa attuarsi una convergenza verso un nuovo paradigma relazionale per una migliore assistenza integrata al cittadino.

A sostegno della linea strategica, le azioni Intervento ICT consentiranno di ottenere risultati su quattro specifiche direttrici:

- Network di servizi per il sistema sanitario;
- Centro servizi ICT sanitario;
- Carta Nazionale dei Servizi (TS-CNS);
- Sistema informativo per i servizi integrati alla persona;
- Governance del sistema sanitario e sociale.

I network di servizi per il sistema sanitario

Si concretizza attraverso l'abilitazione di una piattaforma regionale a sostegno di una "rete di servizi" per la quale si consegue l'importante risultato di rendere influente la localizzazione dei sistemi ad alto valore aggiunto necessari ai processi diagnostici, terapeutici e assistenziali, garantendo, in tal modo ed in ogni caso, la diffusione degli stessi specifici servizi sull'intero territorio regionale, senza oneri di replicazione degli stessi sistemi e dei costi che ne potrebbero derivare.

Tipologia reti di riferimento

- Data center regionale della sanità – Territoriale;
- Infrastruttura per la TS-CNS – Territoriale;
- Infrastruttura FSE – Territoriale;
- Repository documentale sanitario federato – Territoriale;
- Sistemi di pagamenti online – Territoriale;
- Anagrafe sanitaria regionale degli assistiti – Territoriale;
- Rete territorio (distretto, MMG, Farmacie) – Territoriale;
- Livello regionale referti di laboratorio analisi – Diagnostica;
- Network diagnostica per immagini – Diagnostica;
- Portale della sanità – Comunicazione.

Costituiscono un importante completamento del percorso di innesto sulla realtà ICT dei "Network di servizi", due fondamentali reti regionali riguardanti: il SIA (Sistema Informativo Sanitario Unico regionale – Sottosistema Amministrativo e del Personale) ed il CUP - Regionale (Centro di prenotazione unico - REGIONALE).

Il SIA consentirà a livello regionale l'omogeneizzazione delle informazioni relative all'utilizzo delle risorse (ciclo passivo) e permetterà di uniformare, per il sistema sanitario regionale, le modalità e le procedure amministrative relative a:

- redazione degli atti amministrativi del bilancio;
- acquisizione di beni e servizi;
- gestione dei magazzini;
- gestione delle risorse umane.

Tali moduli sono già uniformati a livello ASReM, permangono solo alcune criticità sulla gestione degli stessi.

Il CUP Unico Regionale è il secondo importante intervento di livello regionale. Questo intervento avrà l'obiettivo di mettere a disposizione dei cittadini molisani un unico strumento per l'accesso alle prestazioni di contenuto specialistico, garantendo agli stessi maggiore equità ed un più vasto serbatoio di offerta dei servizi con il conseguente contenimento dei tempi di attesa.

Centro servizi ICT sanitario

L'esigenza di garantire lo sviluppo, il riordino e l'ottimizzazione delle allocazioni delle risorse ICT regionali ed aziendali della sanità, presuppone la possibilità di disporre di un "Centro servizi ICT sanitario". Le caratteristiche che i sistemi sanitari e sociale chiedono al Centro Servizi è che questo sia un ambiente tecnologicamente evoluto ed attrezzato in grado di ospitare le apparecchiature, gli apparati tecnologici e di erogare i servizi infrastrutturali, applicativi e di supporto per i sistemi ICT per la sanità ed il sociale. La fattibilità della rilocalizzazione e concentrazione dei sistemi ha come presupposto la disponibilità della rete di telecomunicazione sanitaria, estesa ed affidabile per coprire in modo adeguato le esigenze di connessione dei punti di erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari. L'evoluzione del ruolo prevista nella costituzione del Centro Servizi Regionale sarà quella di aggregare in modo sempre più deciso i sistemi informativi del livello regionale della sanità e del sociale, consentendo l'attivazione da un verso di economie di scala e dall'altro le garanzie date da una infrastruttura affidabile e controllata.

TS-CNS

La dotazione di uno strumento, quale la carta elettronica, per dialogare con i soggetti dell'amministrazione sanitaria (e pubblica in generale), permetterà al cittadino di essere riconosciuto in modo inequivocabile dall'interlocutore a cui chiede informazioni o servizi. La necessità di un riconoscimento forte è dettata dalle norme di legge sulla privacy (Legge 196/2003) e dalla sensibilità delle informazioni comportate dal contesto della cura della salute. La situazione attuale del contesto regionale evidenzia il mancato recepimento delle potenzialità e delle opportunità offerte da questo strumento e l'assenza di integrazione con gli applicativi sanitari in uso. In prima battuta sarà quindi necessario intervenire sull'architettura tecnologica dei servizi sanitari in modo che risulti affidabile e totalmente integrata con il sistema TS-CNS, per poi attivare un intenso programma di promozione, comunicazione e contatti con la cittadinanza. Infatti l'utilizzo di uno strumento di dialogo con i soggetti erogatori dei servizi sanitari evoluto, necessita il coinvolgimento formativo di tutte le unità di relazione con il cittadino e ancor più impegnativo di abituare il cittadino stesso all'utilizzo di questo strumento. Il conseguimento di questo obiettivo è naturalmente un passo di notevole importanza nella azione di contenimento del fenomeno *digital divide* in ambito regionale, ed è anche un prerequisito per la realizzazione ed il pieno utilizzo del "fascicolo socio-sanitario elettronico".

Sistema informativo per i servizi integrati alla persona

Il nuovo paradigma per il quale la Regione è tanto più vicina ai propri cittadini quanto è in grado di articolare i servizi assistenziali contrastando in modo tempestivo ed integrato le fenomenologie di degenerazione sociale o sanitaria, richiede che questa vicinanza si percepisca anche attraverso una maggiore integrazione delle informazioni correlate a queste fenomenologie. Le azioni finalizzate a far convergere le informazioni dell'assistenza sanitaria e sociale verso il livello regionale sono funzionali a due scopi complementari: la presa in carico e gestione della fenomenologia, quale compito della programmazione assistenziale e la dotazione di strumenti di relazione con il soggetto assistito riconducibile al concetto di "fascicolo sanitario – sociale elettronico".

INDICATORI	
Risultati programmatici	
Grado di utilizzo sistemi ICT	
Livello di integrazione degli applicativi	
Indicatori di risultato	Tempistica
Numero di sistemi ICT implementati	Dicembre 2014
Spesa annuale ICT	Dicembre 2014
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	

INDICATORI
Risultati programmatici
VALORIZZAZIONE ECONOMICA
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici

Intervento 4.4: La rete dei laboratori e delle radiologie

In chiave integrata rispetto al complessivo sistema ICT, con finalità di governo e contenimento della spesa, oltre che informative, si collocano le reti regionali dei laboratori e dalla radiologia.

Elemento essenziale dell'attività di laboratorio, fondamentale per garantire l'effettiva praticabilità di qualsiasi Piano, risulta, oltre che la dotazione di personale altamente specializzato, il supporto tecnologico, sia strumentale/diagnostico che informatico.

La Regione Molise è caratterizzata da una dispersione territoriale di strutture sanitarie pubbliche.

Tale dispersione, nel corso degli anni, ha di fatto impedito lo sviluppo omogeneo e controllato del sistema tecnologico; l'installato esistente, le modalità di programmazione e pianificazione degli investimenti in tecnologie sanitarie e le stesse politiche di gestione, manutenzione e controllo del parco tecnologico, differiscono tra distretto e distretto, in modo talvolta rilevante.

L'assenza di una visione più elevata dei bisogni di tecnologia espressi dall'intero sistema sanitario regionale e la mancanza di strumenti che relazionassero la dotazione di apparecchiature biomediche alle prestazioni sanitarie erogate ha infatti indotto investimenti mirati più al soddisfacimento dei requisiti meramente localistici che a quelli dell'intero sistema.

La consolidata esperienza di altre regioni ha invece dimostrato che, soprattutto nei campi della programmazione e del controllo, della produzione dei servizi intermedi e degli acquisti è possibile e strategicamente vantaggioso allargare le competenze verso forme di concentrazione funzionale e strutturale, di servizi amministrativi, di logistica e di produzione sanitaria intermedia.

Le strutture sanitarie pubbliche della Regione Molise sono carenti di sistemi di ICT medicale, ad eccezione dei Laboratori Analisi e Radiologici che hanno in itinere l'integrazione con sistemi LIS e RIS.

Relativamente scarse o del tutto assenti le installazioni di sistemi informativi medicali dedicati a cardiologia, medicina nucleare, radioterapia, endoscopia, ecc.

Quantunque esistano alcune eccezioni occorre inoltre sottolineare che raramente i sistemi ICT medicali in uso sono caratterizzati da elevati livelli di integrazione con gli altri applicativi sanitari e con il Fascicolo Sanitario Elettronico.

Azione 4.4.1: Implementazione Rete ICT per reti laboratoristiche e radiologie

Mirando coerentemente alla sostenibilità economica ed alla appropriatezza organizzativa dei servizi, evitando cioè i rischi di frammentazione, scarsa qualità e diseconomia, è ad esempio possibile organizzare il sistema di governo delle tecnologie sanitarie e dei servizi tecnico-professionali su di un bacino di utenza ottimale per dimensione ed omogeneità di bisogni.

Tale razionalizzazione, che può essere modulata sino alla concentrazione fisica dei processi e dei settori che agiscono entro questi servizi, migliora il rendimento delle risorse e la qualità delle prestazioni erogate senza peraltro alterare gli equilibri e l'autonomia tra le diverse istituzioni.

D'altro canto deve essere evitata quella eccessiva centralizzazione di competenze e funzioni che, con particolare riguardo al sistema di governo delle tecnologie sanitarie, rischierebbe di generare una inevitabile astrazione culturale dal contesto tecnologico reale del personale tecnico in esso operante.

Appare pertanto evidente che l'organizzazione ottimale per il governo strategico del sistema tecnologico dovrebbe fondarsi su di una struttura a geometria variabile, composta da un nucleo centrale stabile, coadiuvato da un network di professionisti di area sanitaria e tecnica che possono essere coinvolti su specifici progetti e che, proprio in virtù della loro autonomia professionale, forniscono continuamente al livello centrale un fondamentale apporto culturale ed informativo.

A tale struttura saranno affidati specificatamente per l'ambito tecnologie sanitarie, i seguenti principali compiti ed obiettivi:

- promozione della cultura della gestione corretta, sicura, economica ed appropriata delle tecnologie biomediche e sanitarie attraverso l'istituzione, lo sviluppo ed il consolidamento nell'Azienda Sanitaria ed ospedaliera del SSR, di servizi di Ingegneria Clinica adeguatamente dimensionati, ai quali affidare il compito di supporto strategico e tecnico per la definizione ed attuazione dei piani di investimento e la gestione delle tecnologie biomediche;
- costituzione di cabine di regia come ad esempio Sistema Qualità, Sistema Informativo ICT, Sistema Tecnologico-Strutturale, Autorizzazione ed Accreditamento, ecc.;
- partecipazione alla definizione delle linee di indirizzo regionali per l'individuazione dei campi di intervento e degli investimenti in nuove tecnologie (innovazione) e rinnovo (sicurezza, affidabilità, performance) in relazione ai processi ed ai percorsi assistenziali (prevenzione, diagnosi, terapia e cura, riabilitazione) e di presa in carico;
- alimentazione dei flussi informativi;
- implementazione e gestione dell'Osservatorio tecnologie;
- definizione di progetti di fattibilità per nuovi interventi organizzativi e strutturali;
- attività di Health Technology Assessment (HTA) ed Horizon Scanning in intesa con la funzione regionale di Health Technology Assessment;
- partecipazione alla elaborazione di strategie di sviluppo ed innovazione ed alla realizzazione di progetti tecnologici in ambito sanitario (supporto alla progettazione, validazione, realizzazione, monitoraggio).

Per quanto concerne i seguenti sistemi ICT medicale:

- RIS-PACS (Radiological Information Systems – Picture, Archiving and Communication Systems);
- LIS (Laboratory Information Systems);
- CIS (Cardiology Information Systems);
- tutti i sistemi informativi espressamente destinati alla gestione, elaborazione, archiviazione e presentazione di dati e segnali biomedici a fini diagnostici o terapeutici, diretti o indiretti, o che influenzino l'uso di un dispositivo medico. Rientrano in tale definizione ad esempio i sistemi per anatomia patologica, radioterapia, medicina nucleare, endoscopia, ecc..

Alla stregua delle altre tecnologie biomediche, vanno necessariamente adottate adeguate modalità di governo (analisi dell'installato, pianificazione e programmazione degli investimenti) e di gestione (aggiornamento, gestione della sicurezza, formazione, manutenzione, integrazione, ecc..).

Il percorso dei prossimi anni, peraltro in qualche caso già virtuosamente avviato, vedrà le necessità di connettere massivamente i sistemi di ICT medicale con tutto il sistema informativo sanitario, includendo, dove necessario e possibile, anche le strutture sanitarie e socio-sanitarie territoriali, le cure primarie, i MMG, i PLS, ecc..

Dovranno pertanto essere realizzati, in linea con la principale tendenza del mercato, progetti che, mirando alla interoperabilità degli attuali sistemi, massimizzino i benefici e le positive ricadute di tale tecnologia.

Discorso a parte meritano i sistemi destinati specificatamente ad attività di telemedicina, telemonitoraggio, tediagnosi, e-care, telesoccorso e teleassistenza che, unitamente alla distribuzione e diffusione di dispositivi di home-care, mobili e personalizzati, potranno sostenere e facilitare il cambiamento della organizzazione sanitaria regionale dallo schema più tradizionale, fondato sulle attività ospedaliera di ricovero-diagnosi-cura, verso soluzioni di continuità tra assistenza ospedaliera ed assistenza territoriale, cure specialistiche e cure primarie, sanitario e socio-sanitario che, nella complementarietà dei ruoli, esaltino l'appropriatezza e l'efficacia dei percorsi di cura.

Obiettivi

L'attuale organizzazione va ridisegnata tenendo conto dei seguenti obiettivi:

- sistema di laboratori pubblici integrato in rete su scala regionale;
- eliminazione della duplicazione dei servizi;
- valorizzazione delle professionalità degli specialisti in medicina di laboratorio, oltre che per garantire la qualità della prestazione analitica, anche per perseguire l'appropriatezza e l'efficacia clinica del dato di laboratorio;
- razionalizzazione dell'impiego delle risorse umane, economie di scala e risparmio dei costi di gestione;
- ottimizzazione e razionalizzazione nell'utilizzo degli investimenti in tecnologia;
- raggiungimento di soglie critiche per rendere *"cost effective"* l'inserimento di tecnologie ad alta produttività;
- riduzione dei tempi di risposta;
- utilizzo dell'informatica per decentrare e portare direttamente la risposta di laboratorio all'utente (paziente, Medico di Medicina generale o Pediatra di libera scelta, Ambulatori specialistici);
- soddisfazione dei requisiti di accreditamento e certificazione;
- garanzia della qualità del servizio attraverso la Verifica esterna della qualità (VEQ).

La nuova organizzazione dovrà pertanto mappare le necessità tecnologiche in funzione del ruolo svolto dai singoli laboratori secondo una strategia di distribuzione fisica delle attività e di aggregazione delle competenze in laboratori virtuali "logicamente unici".

Al processo di riorganizzazione dell'area dei laboratorio andrà parimenti affiancato un processo di integrazione dei sistemi applicativi che dovrà produrre in ultima analisi le ricadute organizzative e funzionali di:

- integrazione del referto di laboratorio all'interno del Fascicolo Sanitario Elettronico e conseguentemente decentralizzazione e dematerializzazione del referto, accessibile all'utenza da qualsiasi punto di connettività;
- uniformità dei processi di gestione dell'evento diagnostica di laboratorio, dove siano comprese in questo le differenti tipologie di analisi ed il differente contesto dove si richieda l'evento (laboratorio asservito ai reparti dell'ospedale e alla prestazione al pubblico);
- accettazione unica campioni possibile da ogni punto della rete;
- referto unico (anche se prodotto di test eseguiti in diverse sedi).

Risultati attesi

Il sistema delle Tecnologie e dei Servizi è a supporto dei processi dell'intera area assistenziale e acquisisce un ruolo fondamentale per lo sviluppo delle reti della prevenzione, del territorio, ospedaliere, ecc.. Attraverso la riorganizzazione delle tecnologie e dei servizi si facilita il processo di integrazione tra i le strutture diagnostiche e cliniche e si rende omogenea l'assistenza garantendo equità, qualità e migliore accessibilità.

Un primo risultato sarà l'accresciuta consapevolezza e attenzione, da parte delle istituzioni sanitarie regionali, verso il settore delle tecnologie sanitarie. Tale consapevolezza consentirà l'avvio di alcuni processi di analisi del parco tecnologico biomedico installato nell'Azienda Sanitaria regionale. Un approccio maggiormente sistematico alla programmazione in ambito tecnologie (sia in termini di investimento che di gestione), la possibilità di ricercare ed individuare flussi costanti di finanziamento consentiranno l'avvio di un processo strutturale di "svecchiamento" progressivo della dotazione tecnologica delle strutture sanitarie pubbliche regionali.

La nuova organizzazione dei laboratori pubblici, inoltre, dovrà prevedere una forte integrazione a rete (management, struttura organizzativa e budget), con strutture flessibili dal punto di vista operativo con supporto tecnologico ed in particolare quello informatico. La struttura a rete consentirà, tra l'altro, di creare massa critica per lo sfruttamento delle economie di scala, garantendo al tempo stesso un miglioramento della qualità dei servizi offerti in maniera uniforme su tutto l'ambito regionale ed equità di accesso.

Questo sistema a rete, a regime, dovrà garantire come elemento base, un sistema informatico di laboratorio centrato sul paziente ed integrato con gli altri servizi informatici (anagrafe, CUP, ecc) in grado di rendere possibile il cosiddetto "laboratorio unico logico", con la condivisione di richieste e risultati e la diffusione "on line" degli stessi ed il controllo di qualità del dato.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Grado di interconnessione tra laboratori	
Sistemi di telemedicina attivati	
Laboratori connessi al Fascicolo Sanitario Elettronico	
Numero di referti restituiti on-line	
Indicatori di risultato	Tempistica
Tempi di risposta	Dicembre 2014
Risultati VEQ e Controlli Qualità Interni	Dicembre 2014
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Intervento 4.5: Il Sistema CUP

In chiave assolutamente complementare rispetto alle complessive reti ICT, si colloca il sistema CUP regionale.

Dall'anno 2000 la Regione Molise ha attivato un Centro Unificato di Prenotazione (CUP), al fine di semplificare e velocizzare le prenotazioni per prime visite, esami diagnostici e controlli, con la possibilità di conoscere anche i relativi tempi di attesa.

Il sistema informativo di gestione del CUP presenta delle notevoli criticità legate in larga parte al mancato adeguamento dell'infrastruttura tecnologica e di sviluppo software su cui esso è basato, che ne rende difficili le evoluzioni e l'interoperabilità con gli altri sistemi dell'ambito sanitario.

Si riporta di seguito un elenco delle principali criticità:

- il CUP è organizzato secondo un sistema di possibilità di prenotazione distinto per aree territoriali, che compromette l'efficacia, la qualità e la tempestività dell'offerta di servizi sanitari;
- il CUP non è integrato né integrabile con gli altri applicativi in uso in ambito sanitario;

- il sistema non supporta adeguatamente le attività di monitoraggio della domanda e dell'offerta complessiva e non dispone di idonei strumenti di analisi, che forniscano informazioni rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa;
- il sistema non consente di gestire l'intera offerta delle prestazioni sanitarie erogate sul territorio in quanto non è integrato con i sistemi delle strutture private accreditate.

Alcune delle criticità del sistema CUP regionale sono state colmate nel tempo attraverso l'istituzione del *Call Center* Sanitario, che dal gennaio del 2007 affianca il CUP regionale nel sistema delle prenotazioni per tutto il territorio regionale. Esso risponde ad un numero verde unico, collegato al CUP regionale, che consente a tutti i cittadini della regione di prenotare telefonicamente le prestazioni prescritte, salvo poi perfezionare la procedura presso gli sportelli per il pagamento del ticket. Essendo uno strumento di *front-office*, che utilizza anch'esso come *back-office* il CUP regionale, pur rendendo più agevole il rapporto con l'utenza, non garantisce nessun apporto alla risoluzione dei problemi strutturali del sistema.

Azione 4.5.1: Avvio processo di reingegnerizzazione e potenziamento CUP

È auspicabile una reingegnerizzazione del CUP Regionale che permetta di garantire:

- la possibilità di prenotare prestazioni di qualsiasi tipologia purché afferenti all'ambito socio sanitario;
- la multicanalità di accesso al servizio integrando più strettamente l'attuale *Call center* e proponendo l'utilizzo di dispositivi portatili e di strumenti web (portali, portali vocali, ecc);
- il ricorso alle metodologie di *datawarehouse* per storicizzare tutte le informazioni trattate ai fini del monitoraggio; il *datawarehouse* dovrà essere opportunamente arricchito con le altre informazioni di "scenario" necessarie al controllo dei fenomeni presenti in diversi sistemi (Assistito, Medico, Farmaco,...);
- il monitoraggio dei LEA;
- l'utilizzo della *Customer Relationship Management* (CRM) per verificare la rispondenza presso l'utenza della qualità dei servizi erogati.

Obiettivi

La componente di *back-office* del sistema dovrà avere caratteristiche di elevata flessibilità, che consenta un'ottimale allocazione, con possibilità di rimodulazione, dei servizi sanitari offerti in funzione della domanda. Le attività di gestione e di controllo del sistema dovranno essere condotte direttamente dai referenti ASReM, che a tale scopo dovranno avere a disposizione strumenti nativi di gestione e analisi dei dati, quali ad esempio un *datawarehouse* in cui verranno memorizzate tutte le informazioni relative al ciclo prenotazione-erogazione. L'uso del nuovo strumento permetterà ai diversi livelli decisionali (Azienda Sanitaria, strutture di *Back-office* e responsabili di *Front-office*) di effettuare analisi del fenomeno prescrittivo/erogativo secondo le numerose dimensioni proprie (tempo, assistito, medico prescrittore, struttura di erogazione, ecc.).

L'attuale sistema di *Front-office* deve essere migliorato per ottenere la semplificazione dei processi per il cittadino rendendo disponibili in modalità digitale i servizi finalizzati a ridurre al minimo il numero di contatti con le strutture e il tempo necessario all'espletamento degli adempimenti amministrativi correlati. Il sistema dovrà quindi essere in grado di:

- effettuare le prenotazioni on line in modalità;
- multicanale (cellulare, portale vocale, e-mail);
- multi presidio (totem posti all'interno dei Comuni, dei supermercati, di altri uffici pubblici).
- permettere il recupero in modalità on-line da parte dei cittadini dei referti;
- effettuare i pagamenti della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) utilizzando le carte di debito;
- ricordare al cittadino l'approssimarsi della data dell'appuntamento fissato ed invitarli a disdire o a

confermare.

Risultati attesi

- Realizzazione di un nuovo sistema CUP PASS regionale basato su un'infrastruttura aperta e tecnologicamente avanzata. Lo sviluppo del nuovo sistema deve essere accompagnato da un'attività di analisi e ristrutturazione delle agende e del nomenclatore tariffario regionale, che garantisca uniformità di gestione a livello territoriale e rispetto al contesto nazionale (p.e. nomenclatore nazionale).
- A tale proposito è opportuno valutare la possibilità di aderire al progetto "Rete dei Centri di Prenotazione - CUP on Line", che ha visto impegnate le Regioni Umbria, Emilia Romagna, Marche, Veneto e la Provincia Autonoma di Trento, nella realizzazione di un nuovo Sistema di Prenotazione delle Prestazioni Sanitarie che supera gli attuali limiti territoriali attraverso la cooperazione tra i Centri Unici di Prenotazione (CUP) operanti a livello locale. Il nuovo modello di CUP agevola l'accesso alle prenotazioni del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), visto che offre la possibilità ai CUP di diverse regioni di comunicare tra di loro permettendo quindi, una maggiore facilitazione dell'operatore nell'effettuare prenotazioni, cancellazioni e spostamenti delle visite o degli esami diagnostici.

INDICATORI	
Risultati programmati	
misura dello scarto tra prestazioni erogate e prestazioni prenotate	
variazioni dei volumi di offerta	
riduzione dei tempi di attesa	
Indicatori di risultato	Tempistica
numero di punti di prenotazione/accettazione attivati all'interno delle strutture erogatrici	Dicembre 2014
numero di utenti e di accessi medi giornalieri	Dicembre 2014
numero di prenotazioni effettuate	
saturazione delle agende	
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Programma 5: Accredimento

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- individuazione del fabbisogno di prestazioni per tutte le tipologie assistenziali (sanitarie e sociosanitarie), e conseguente definizione del fabbisogno di offerta, articolato per ciascun livello di assistenza;
- aggiornamento dei requisiti autorizzativi;
- aggiornamento e attivazione procedure per l'autorizzazione;
- aggiornamento procedure per l'accredimento definitivo;
- recepimento di ulteriori requisiti, anche derivanti da atti e intese adottati in Conferenza Stato-Regioni;
- modalità di verifica di allineamento dei requisiti richiesti per l'accredimento, in coerenza con la normativa vigente;
- modalità di verifica periodica della sussistenza dei requisiti.

Intervento 5.1: Proseguimento del processo di accreditamento istituzionale

Azione 5.1.1: Individuazione del fabbisogno di prestazioni per tutte le tipologie assistenziali (sanitarie e sociosanitarie), e conseguente definizione del fabbisogno di offerta, articolato per ciascun livello di assistenza

La Struttura Commissariale ritiene necessario procedere ad un aggiornamento del fabbisogno assistenziale per le strutture del Servizio sanitario della regione Molise. In particolare, si dovrà porre particolare attenzione relativamente ai seguenti ambiti assistenziali:

- posti letto di riabilitazione ospedaliera e lungodegenza post-acuzie;
- presidi e centri ambulatoriali di riabilitazione (ex art. 26);
- offerta ambulatoriale specialistica;
- presidi dialitici;
- centri di salute mentale, centri diurni e strutture residenziali psichiatriche;
- RSA;
- Hospice adulti e pediatrici.

Il principale obiettivo che la Struttura Commissariale si prefigge è di aggiornare le stime di fabbisogno contenute alla luce della riorganizzazione in atto e prevista in base alle indicazioni del PSR 2013-2015 della rete assistenziale (ospedaliera e territoriale), avviata ai sensi della L. 135/2012.

Nello specifico, s'intende, quindi, procedere allo sviluppo di un insieme di indicatori, sia epidemiologici che di attività appropriata, in grado di verificare la corrispondenza fra fabbisogno stimato dai vari provvedimenti e domanda espressa per i seguenti comparti:

- ospedaliero per acuti, in termini di posti letto e punti di offerta;
- ospedaliero post-acuzie, in termini di posti letto e punti di offerta;
- ospedaliero e residenziale della salute mentale, in termini di posti letto, posti residenziali e punti di offerta;
- territoriale sul fabbisogno residenziale e semiresidenziale per persone non autosufficienti, anche anziane, e per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;
- consultori familiari, in termini di punti di offerta;
- territoriale, offerta di cure palliative per gli adulti;
- dialisi, in termini di posti e punti di offerta;
- AIDS, in termini di posti in case alloggio;

- per il comparto della specialistica ambulatoriale, in termini di prestazioni e punti di offerta.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Raggiungere nel triennio 2013-2015 un assetto dell'offerta assistenziale, ospedaliera e territoriale, corrispondente al fabbisogno stimato	
Indicatori di risultato	
Fase	Tempistica
Revisione del fabbisogno di tutti i servizi ospedalieri e territoriali	Giugno 2014
monitoraggio della corrispondenza fra offerta presente e stimata dal fabbisogno durante l'anno 2014	Gennaio 2015
monitoraggio della corrispondenza fra offerta presente e stimata dal fabbisogno durante l'anno 2014	Gennaio 2016
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Ufficio Ospedalità pubblica e privata della Direzione Generale per la Salute	
Ufficio Assistenza territoriale della Direzione Generale per la Salute	
Ufficio Assistenza socio-sanitaria della Direzione Generale per la Salute	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Azione 5.1.2: Conclusione processo di accreditamento istituzionale

La Regione Molise ha concluso tutti i procedimenti finalizzati al rilascio degli accreditamenti istituzionali di tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie private, già provvisoriamente accreditate, entro i termini prescritti dalla normativa statale (30 giugno 2011), ai sensi di quanto disposto dall'art. 1, comma 796 della legge n. 296 del 2006 (legge finanziaria 2007), alle lettere s), t) ed u), come modificato dall' art. 1, comma 35 della legge n. 10 del 26.02.2011: "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 dicembre 2010, n. 225, recante proroga di termini previsti da disposizioni legislative e di interventi urgenti in materia tributaria e di sostegno alle imprese e alle famiglie" .

Specialistica Ambulatoriale e socio-sanitaria

La Regione Molise ha concluso il processo di accreditamento delle strutture private relativamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, sociosanitarie e altre sanitarie. Nella Tabella 31 sono riportati nel dettaglio i decreti di accreditamento per singola struttura, dando evidenza allo stesso tempo dell'ambito di accreditamento.

Mappatura accreditamento strutture private - Specialistica Ambulatoriale, sociosanitarie ed altre sanitarie					
Struttura	Ubicazione	Decreto Accreditamento	Prestazioni Accreditate	Status procedimento	data
ATI Villa Esther Biolab	Bojano	DCA 51/2011	Lab. Analisi	Concluso	30/06/2011
ATI Aretini - De Gregorio - Gravina	Campobasso	DCA 50/2011	Lab. Analisi	Concluso	30/06/2011
Società Cooperativa Sociale Fortore	Riccia	DCA 49/2011	Lab. Analisi	Concluso	30/06/2011
Dr. Bruno Palladino	Campobasso	DCA 45/2011	Lab. Analisi	Concluso	30/06/2011
Dr.ssa Gina Evelina Colella	Campobasso	DCA 43/2011	Lab. Analisi	Concluso	30/06/2011
BIOMEDICAL - Campobasso	Campobasso	DCA 42/2011	Lab. Analisi	Concluso	30/06/2011
Lab. Analisi GAMMA	Termoli	DCA 41/2011	Lab. Analisi	Concluso	30/06/2011
ATI Centro allergologico e Centro medico del Molise	Termoli	DCA 44/2011	Allergologia - Lab. Analisi	Concluso	30/06/2011
Centro Diagnostica Minerva	Venafro	DCA 47/2011	Lab. Analisi	Concluso	30/06/2011
Biomedical Center s.r.l.	Venafro	DCA 48/2011	Lab. Analisi	Concluso	30/06/2011
Dr. Sandro Ficca	Campobasso	DCA 33/2011	Radiologia	Concluso	30/06/2011
Domenico e Francesco Potito srl	Campobasso	DCA 34/2011	Radiologia	Concluso	30/06/2011
Dr. Gianfranco Cariello	Termoli	DCA 35/2011	Radiologia	Concluso	30/06/2011
Centro Medical Center	Termoli	DCA 36/2011	Radiologia	Concluso	30/06/2011
Dr. Vincenzo Centritto	Campobasso	DCA 37/2011	Cardiologia	Concluso	30/06/2011
Centro Clinico Dr. F. Forte	Venafro	DCA 38/2011	Cardiologia	Concluso	30/06/2011
Centro Benessere S. Erasmo	Bojano	DCA 62/2011	Terapia Fisica	Concluso	30/06/2011
Medica srl	Campobasso	DCA 55/2011	Terapia Fisica	Concluso	30/06/2011
Centro OASIS	Campobasso	DCA 53/2011	Terapia Fisica	Concluso	30/06/2011
Ronefor snc	Campobasso	DCA 54/2011	Terapia Fisica	Concluso	30/06/2011
Fisiosan di Sassano Berardino	Termoli	DCA 57/2011	Terapia Fisica	Concluso	30/06/2011
San Leo di Sassano Berardino	Termoli	DCA 58/2011	Terapia Fisica	Concluso	30/06/2011
Kinesis	Campobasso	DCA 56/2011	Terapia Fisica	Concluso	30/06/2011
Centro di Terapia Fisica Gentile Rosalia	Montenero di B.	DCA 63/2011	Terapia Fisica	Concluso	30/06/2011
Maria SS. Di Bisaccia	Montenero di B.	DCA 64/2011	Terapia Fisica	Concluso	30/06/2011
Rosa Mancini	S.C. di Magliano	DCA 66/2011	Terapia Fisica	Concluso	30/06/2011
Fisioterapia Dr. Mario Zappone	Larino	DCA 65/2011	Terapia Fisica	Concluso	30/06/2011
Fisioter. s.r.l. di De Luca	Montecilfone	DCA 59/2011	Terapia Fisica	Concluso	30/06/2011
Fisioter di Bonifacio	Termoli	DCA 52/2011	Terapia Fisica - Ex. Art 26	Concluso	30/06/2011
ARS MEDICA	Isernia	DCA 67/2011	Terapia Fisica	Concluso	30/06/2011
GI.ME.TE.FI.	Venafro	DCA 60/2011	Terapia Fisica	Concluso	30/06/2011
Dr. Francesco REGLIERI	Venafro	DCA 28/2011	Odontoiatria	Concluso	30/06/2011
ATLAS	Isernia	DCA 32/2011	Odontoiatria	Concluso	30/06/2011
Dott. Giuseppe Cardarelli	Isernia	DCA 29/2011	Odontoiatria	Concluso	30/06/2011
KLEIS	Termoli	DCA 30/2011	Odontoiatria	Concluso	30/06/2011
Gianserra Associati	Campobasso	DCA 31/2011	Odontoiatria	Concluso	30/06/2011
Dr. Francesco Laurelli	Campobasso	DCA 39/2011	Oculistica	Concluso	30/06/2011
ANTHOS	Isernia	DCA 40/2011	Oculistica	Concluso	30/06/2011
Istituto Oftalmico Pentrio	Venafro	DCA 41/2011	Oculistica	Concluso	30/06/2011
NEPHROCARE SPA	Venafro	DCA 27/2011	Emodialisi	Concluso	30/06/2011
Istituto Molisano di Riabilitazione IMR	Bojano	DCA 61/2011	Terapia Fisica - Ex. Art 26	Concluso	30/06/2011
Durante - Vercillo	Campobasso	DCA 68/2011	Ginecologia	Concluso	30/06/2011
Logopedia di Niro Luciano	Campobasso	DCA 66/2012	Ex. Art 26	Concluso	31/12/2012
Fisiomedica Loretana	Toro	DCA 65/2012	Ex. Art 26	Concluso	31/12/2012
Centro di Riab. L'Incontro	Campobasso	DCA 57/2012	Ex. Art 26	Concluso	10/12/2012
SAN.STEF. AR	Campobasso - Termoli	DCA 67/2012	Ex. Art 26	Concluso	31/12/2012
Padre Pio Onlus	Campobasso - Termoli	DCA 64/2012	Ex. Art 26	Concluso	31/12/2012
San Francesco d'Assisi - Padre Alberto Mileno	Termoli	DCA 55/2012	Ex. Art 26	Concluso	10/12/2012
RIABILIS	Isernia	DCA 56/2012	Ex. Art 26	Concluso	10/12/2012
CARISC	Venafro	DCA 68/2012	Ex. Art 26	Concluso	31/12/2012
"San Nicola" s.r.l.	Castel del Giudice (IS)	DCA 71/2012	Residenza Sanitaria Assistenziale	concluso	31/12/2012
"Segretariato per i servizi sociali"	Rocchetta a Volturno (IS)	DCA 72/2012	Società Cooperativa Sociale	concluso	31/12/2012
"S.Co.R.I.M."	Duronia (CB)	DCA 73/2012	Società Cooperativa Sociale	concluso	31/12/2012
"Dialogo"	Campolieto (CB)	DCA 74/2012	Società Cooperativa Sociale	concluso	31/12/2012
"Centro per i Servizi Sociali"	Fornelli (IS)	DCA 75/2012	Società Cooperativa Sociale	concluso	31/12/2012
"Vittorio Bachelet"	Sepino (CB)	DCA 76/2012	Società Cooperativa Sociale	concluso	31/12/2012
"La Vastese"	Vastogirardi (IS)	DCA 77/2012	Società Cooperativa Sociale	concluso	31/12/2012
"Nuove Prospettive"	Busso (CB)	DCA 78/2012	Società Cooperativa Sociale	concluso	31/12/2012
"Sant'Agapito Martire"	Sant'Agapito (IS)	DCA 79/2012	Società Cooperativa Sociale	concluso	31/12/2012
"S.C.S.A.I.M.H.A."	Agnone (IS)	DCA 80/2012	Società Cooperativa Sociale	concluso	31/12/2012
"Molise"	Toro (CB)	DCA 84/2012	Società Cooperativa Sociale	concluso	31/12/2012
"Associazione RED - 7 novembre Onlus"	Montenero di Bisaccia (CB)	DCA 85/2012	Società Cooperativa Sociale	concluso	31/12/2012
"Nardacchione"	Casacalenda (CB)	DCA 86/2012 DCA 87/2012	Società Cooperativa Sociale	concluso	31/12/2012

Tabella 20 - Stato AS IS processo di accreditamento

A tal proposito si fa presente che la Regione Molise, a seguito del parere negativo n. 308-P del 19.12.2011 relativo al decreto n. 13 del 21.5.2012, accreditamento istituzionale della Comunità per malati psichiatrici "G. Falcone" di Gambatesa, ha provveduto conformemente alle osservazioni effettuate da codesto Ministero a rettificare detto decreto e a accreditare in via definitiva la Struttura interessata.

Analogamente, con provvedimenti dal n. 70 al n. 86 del 31.12.2012, termine ultimo per l'accreditamento, si è proceduto all'accreditamento delle altre Strutture socio-sanitarie in possesso dei requisiti previsti dalla vigente normativa in materia.

Assistenza Ospedaliera

Relativamente alle strutture ospedaliere, IRCCS Neuromed di Pozzilli e Fondazione di Ricerca e Cura “Giovanni Paolo II”, sono *in itinere*, mere rimodulazioni di pp.II, dovute ai mutamenti nosologici previsti dalla programmazione regionale, successivamente adottata rispetto al periodo di rilascio dei provvedimenti di accreditamento istituzionale. Nel dettaglio, come da Tabella 22 - Previsione spesa di prestazioni da privato - Assistenza Ospedaliera e Specialistica Ambulatoriale e tetti di spesa, per l'IRCCS Neuromed di Pozzilli, tale rimodulazione riguarda complessivamente nn. 18 pp.II, come programmati nel DCA n. 107/2011, e per la Fondazione di Ricerca e Cura Giovanni Paolo II, nn. 21 pp.II, come da programmazione di cui al DCA n. 20/2011.

Si precisa che tale rimodulazione nasce in ragione dell'esigenza di completamento della coerenza dell'accREDITAMENTO istituzionale con la programmazione regionale e che, di conseguenza, lo stesso potrà trovare un'ulteriore ridefinizione, in esito all'adozione degli atti di programmazione strategica della Regione Molise, in ossequio ai parametri di cui alla L.135/2012.

Mappatura accreditamento strutture private - Assistenza Ospedaliera						
Struttura	Ubicazione	Decreto accreditamento	PL Accreditati	PL da rimodulare	Status procedimento	
Fondazione GPII	Campobasso	DCA 21/2011	129	21	Concluso	●
Neuromed	Pozzilli	DCA 22/2011	138	18	Concluso	●
Villa Maria	Campobasso	DCA 23/2011	40	0	Concluso	●
Villa Esther	Bojano	DCA 24/2011	74	0	Concluso	●
GEA Medica (ex IGEA)	Isernia	DCA 30/2013	40		Concluso	●
Totale			421	39		

Tabella 21 - Stato AS IS processo di accreditamento - Assistenza Ospedaliera

Pertanto, il sistema di accreditamento istituzionale subirà un processo dinamico parallelamente alla programmazione sanitaria e sarà adeguato alla nuova normativa sopravvenuta in materia.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Adeguamento degli accreditamenti in base alle disposizioni previste dal PSR 2013-2015 e dai presenti PO 2013-2015	
Indicatori di risultato	Tempistica
Rimodulazione degli accreditamenti in base alle disposizioni previste dal PSR 2013-2015 e dai Programmi Operativi 2013-2015.	Dicembre 2015
Adeguamento dei posti letto previsti dal PSR 2013-2015 e dai Programmi Operativi 2013-2015	
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Ufficio Ospedalità pubblica e privata della Direzione Generale per la Salute	
Ufficio Assistenza territoriale della Direzione Generale per la Salute	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Programma 6: Contabilità analitica

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- coerenza del piano dei centri di costo con la struttura organizzativa;
- coerenza del piano dei centri di costo con il piano dei conti;
- potenziamento dell'utilizzo della contabilità analitica;
- quadratura dei dati della contabilità analitica con la contabilità generale;
- capacità di codificare e quantificare gli scambi interni e i costi delle prestazioni intermedie e interne;
- utilizzo della contabilità analitica ai fini della predisposizione dei modelli di rilevazione LA;
- potenziamento della capacità di traduzione dei dati economici per natura in dati economici per destinazione, al fine di consolidare/implementare l'utilizzo della contabilità analitica a supporto delle attività di programmazione e di controllo regionale e aziendale.

Intervento 6.1: Contabilità analitica

Azione 6.1.1: Contabilità analitica

La Regione Molise intende definire un modello di controllo unico che raccolga, elabori, analizzi e monitori i dati contabili e gestionali degli enti del SSR secondo l'articolazione delle strutture organizzative in centri di costo e centri di responsabilità. L'implementazione di tale modello di controllo presuppone omogeneità dei dati e uniformità di procedure amministrativo-contabili e gestionali da cui tali dati sono generati.

Come noto l'articolo 5, comma 5, lettera d), del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. prevede la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità che consenta lo svolgimento di analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati. Al riguardo la Regione Molise con DCA n. 12/2009, avente ad oggetto "Linee Guida generali al processo di budget per l'Azienda Sanitaria Regionale del Molise", ha stabilito le indicazioni per lo svolgimento del ciclo di budget dell'ASReM. Successivamente, con Legge Regionale n. 8 del 22 febbraio 2010 (che abroga la precedente Legge Regionale n. 12 del 1997) in materia di aggiornamento della tenuta della contabilità analitica, la Regione ha ridefinito il ciclo di budget e di controllo, semplificando il sistema contabile dell'ASReM anche mediante nuovi sistemi informatici (AREAS).

Gli interventi da effettuare in via prioritaria, entro il 31 dicembre 2014, saranno i seguenti:

- individuazione dei centri di costo e dei centri di responsabilità;
- definizione delle procedure di contabilità analitica ;
- definizione delle procedure di quadratura ed allineamento rispetto al sistema di contabilità generale;
- definizione del sistema di reporting.

Tali interventi risponderanno alle seguenti caratteristiche:

- oggettività del sistema di rilevazione e responsabilizzazione della struttura organizzativa;
- articolazione del piano dei centri di costo in relazione alle responsabilità organizzative;
- coerenza dei dati di contabilità analitica con i dati di contabilità generale e con il piano dei conti vigente.

In tale contesto la Regione ha programmato l'utilizzo della contabilità analitica a supporto degli enti del SSR avvalendosi della possibilità offerta dalla normativa vigente con riferimento a:

- realizzazione di un intervento finalizzato alla raccolta sistematica dei dati necessari per il governo del disavanzo della spesa nel settore sanitario e per monitorare i Livelli Essenziali di Assistenza, in attuazione delle disposizioni recate dall'art. 79 comma 1 sexies della L. n. 133/2008;

- realizzazione delle attività di accompagnamento della Regione e delle aziende nell'ambito di un processo che deve portare le stesse alla certificabilità dei bilanci del SSR in attuazione di quanto previsto dall'art. 2, comma 70, della Legge n. 191/2009.

Lo sviluppo del programma sarà articolato in differenti fasi, come di seguito:

Fase 1.

Obiettivo specifico:

- ricognizione della situazione organizzativa esistente, entro il 30 giugno 2014.

Attività previste:

- analisi del fabbisogno informativo aziendale e identificazione delle fonti informative interne ed esterne;
- rilevazione della struttura organizzativa esistente in relazione ai livelli di articolazione;
- rilevazione delle procedure esistenti al fine di evidenziare le criticità per una corretta impostazione della metodologia di controllo di gestione.

Risultati attesi:

- proposte alla direzione generale per il superamento dei punti critici rilevati e per l'organizzazione dell'UO controllo di gestione.

Fase 2.

Obiettivo specifico:

- definizione dei centri di responsabilità e dei centri di costo, entro il 30 giugno 2014.

Attività previste:

- analisi organizzativa funzionale all'individuazione dei centri di responsabilità e dei centri di costo.

Risultati attesi:

- predisposizione piano dei centri di responsabilità;
- predisposizione piano dei centri di costo;
- predisposizione aggregati di conto economico.

Fase 3.

Obiettivo specifico:

- definizione delle procedure di contabilità analitica, entro il 31 dicembre 2014;
- definizione delle procedure di quadratura con la contabilità generale, entro il 31 dicembre 2014;
- definizione delle procedure di raccordo con i modelli di rilevazione LA, entro il 31 dicembre 2014.

Attività previste:

- rimodulazione dei processi di codifica, rilevazione, sistemazione ed elaborazione dei dati dei centri di costo;
- analisi del grado di informatizzazione delle procedure amministrativo-contabili;
- raccordo degli strumenti informativi della contabilità analitica con la contabilità generale;
- raccordo dei flussi di contabilità analitica con i modelli di rilevazione ministeriale LA.

Risultati attesi:

- predisposizione del manuale delle procedure di contabilità analitica per i flussi informativi economici e di produzione dei centri di costo;
- definizione delle modalità di rilevazione e misurazione dei costi delle prestazioni intermedie e delle modalità di riparto dei costi comuni;
- predisposizione di un modello di raccordo del piano dei centri di costo con il piano dei conti vigente funzionale alla verifica della coerenza della contabilità analitica con la contabilità generale;
- predisposizione di un modello di quadratura dei dati di contabilità analitica con la contabilità generale;
- predisposizione di un modello di raccordo dei dati di contabilità analitica con i modelli di rilevazione ministeriale LA al fine di migliorarne la compilazione.

Fase 4.

Obiettivo specifico:

- definizione del sistema di reporting, entro il 31 dicembre 2014.

Attività previste:

- individuazione dei contenuti del report del centro di costo;
- collegamenti tra dati di costo e dati di attività;
- definizione delle configurazioni di costo sia a fini previsionali che consuntivi;
- individuazione dei flussi informativi di contabilità analitica per misurare l'efficienza operativa dei centri di costo.

Risultati attesi:

- predisposizione, per ogni centro di costo, dei modelli di schede relative a:
 - dati economici;
 - variabili produttive;
- predisposizione delle schede di reportistica della direzione generale;
- predisposizione di un modello di analisi degli scostamenti tra i risultati programmati in sede di definizione dei budget e i risultati rilevati a consuntivo nei report al fine di migliorare il processo di programmazione e controllo;
- predisposizione di un sistema di indicatori finalizzato alla valutazione delle risorse e obiettivi assegnati ai centri di costo, al fine di incrementare l'utilizzo della contabilità analitica nei processi di miglioramento aziendale.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Ricognizione della situazione organizzativa esistente	
Definizione dei centri di responsabilità e dei centri di costo	
Definizione delle procedure di contabilità analitica e delle modalità di raccordo con la contabilità generale	
Definizione delle procedure di raccordo con i modelli di rilevazione LA	
Definizione del sistema di reporting	
Indicatori di risultato	Tempistica
Completamento Fase 1	Giugno 2014
Completamento Fase 2	Giugno 2014
Completamento Fase 3	Dicembre 2014
Completamento Fase 4	Dicembre 2014
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Dirigente responsabile GSA	
Direttore Generale ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Programma 7: Rapporti con gli erogatori

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- ricognizione delle tariffe regionali per tutte le tipologie di assistenza ed eventuale rimodulazione delle stesse in relazione alla normativa nazionale;
- individuazione delle funzioni assistenziali di cui al DLgs. 502/92, con indicazione dei criteri di calcolo della relativa assegnazione economica;
- adozione della quota di compartecipazione a carico del Comune/assistito per l'assistenza socio-sanitaria, così come prevista dal DPCM 29 novembre 2001;
- programma dei controlli di appropriatezza;
- programma dei controlli di congruenza tra cartella clinica e SDO
- piano delle prestazioni e relativa tempistica;
- rapporti con gli erogatori privati accreditati:
 - individuazione dei volumi e dei relativi tetti di spesa per tutte le tipologie assistenziali coerentemente con quanto disposto dal D.L 95/2012 e s.m.i;
 - schema tipo di accordo, che preveda l'indicazione delle modalità di controllo delle prestazioni erogate (anche tramite il Sistema Tessera Sanitaria) e della relativa remunerazione;
 - stipula di accordi e contratti.
- sperimentazioni gestionali: ove presenti, individuazione di percorsi di stabilizzazione o conclusione delle stesse;
- rapporti con le Università pubbliche: sottoscrizione dei protocolli che definiscano i vari aspetti economico-organizzativi e gestionali.

Intervento 7.1: Ricognizione e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni territoriali

Azione 7.1.1: Aggiornamento e correzione delle tariffe per prestazioni territoriali.

La Regione Molise, nell'ottica di superare le recenti criticità in materia di tariffazione delle prestazioni, s'impegna ad emanare entro Giugno 2014 decreti volti ad aggiornare le tariffe in modo da allineare il Molise alle normative nazionali più recenti e a quanto adottato in regioni più virtuose.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Individuazione/aggiornamento delle tariffe per i vari <i>setting</i> assistenziali territoriali	
Indicatori di risultato	Tempistica
Adozione di uno o più decreti di recepimento/adozione delle tariffe	Giugno 2014
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Ufficio Ispettivo della Direzione Generale per la Salute	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Intervento 7.2: Stipula intese e contratti con erogatori privati accreditati

Azione 7.2.1: Allineamento budget di spesa in base alla normativa vigente e conseguente sottoscrizione dei contratti.

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

- Individuare vincoli di budget che incentivino l'appropriatezza non solo organizzativa ma anche clinica nell'erogazione delle prestazioni sanitarie (con riferimento, ad esempio, ai DRG LEA del DPCM 29.11.2001 e del "Patto della Salute 2010-2012");
- stipulare, entro le scadenze programmate per ogni anno di vigenza dei Programmi Operativi, i contratti di erogazione con le strutture private per evitare l'incertezza derivante dall'assenza di contratto, avvalendosi delle clausole di rinuncia al contenzioso e/o giudizi relativi ai contratti o contro atti o provvedimenti prodromici o consequenziali agli accordi. Nel dettaglio si prevede la stipula entro:
 - Anno 2013: attività già in corso;
 - Anno 2014: entro Giugno 2014;
 - Anno 2015: entro Dicembre 2014
- concludere le trattative per la stipula degli accordi di confine, come specificato in seguito.

La Struttura Commissariale, quindi, nella volontà di dare seguito a quanto definito nei Programmi Operativi 2011-2012 e alle osservazioni emerse dai Tavoli di Verifica, hanno rimodulato i propri obiettivi in materia di acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati al SSR, stabilendo per il triennio di operatività dei presenti Programmi Operativi che:

- I budget per l'acquisto di prestazioni ospedaliere e territoriali per gli anni 2013, 2014 e 2015 rispettino le indicazioni e i limiti previsti dalla Legge n°135/2012 "Spending Review" e s.m.i.;
- gli importi definiti nei budget e nei tetti siano al lordo delle compartecipazioni e del ticket sanitario;
- i tetti assegnati dovranno tenere conto della rimodulazione dell'offerta verso la chirurgia ambulatoriale;
- gli accordi contrattuali devono contenere allegato il piano delle prestazioni;
- la sottoscrizione degli accordi deve avvenire entro le scadenze programmate per ciascun esercizio di riferimento;
- Il tetto di remunerazione sarà stabilito come invalicabile sia per le prestazioni rese ai residenti in Molise, sia in residenti in altre regioni.
- le tariffe, che moltiplicate per il numero di prestazioni effettuate determineranno il tetto di remunerazione della struttura, saranno quelle lorde comprensive di compartecipazione dei cittadini; le compartecipazioni direttamente riscosse dalle strutture accreditate dovranno essere contabilizzate come pagamento in acconto sul fatturato complessivo delle prestazioni;
- la possibilità di compensare i tetti di remunerazione per le prestazioni di ricovero con i tetti di remunerazione per le prestazioni ambulatoriali sarà eliminata o ridotta ad un valore percentuale predeterminato.

Si rileva che nel corso del 2012 alcune strutture private hanno dismesso, o notevolmente ridimensionato, la propria attività istituzionalmente accreditata e in convenzione con il SSR. Nel caso in cui si dovesse ripresentare tale circostanza la Regione valuterà, in corso d'anno, la possibilità di riprogrammare la concessione degli accreditamenti istituzionali e conseguentemente i tetti di spesa per l'anno successivo sulla base del fabbisogno assistenziale definito.

Si dà evidenza, anche in coerenza con i principi prima descritti, che a partire dell'anno 2014 i tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni da parte di strutture private accreditate saranno determinati in base alle indicazioni contenute nei documenti di programmazione sanitaria quali:

- Piano Sanitario 2013-2015;
- fabbisogno di assistenza sanitaria;
- normative nazionali intervenute in materia di programmazione sanitaria e riduzione della spesa;
- Piano di Riassetto della rete ospedaliera;
- Piano di Riassetto della rete di assistenza territoriale;
- Piano di Riassetto della rete di emergenza - urgenza.

In tal modo la Regione intende rendere perfettamente integrate le strutture sanitarie private all'interno della programmazione del SSR e allineare quindi le prestazioni offerte alle reali necessità dei cittadini molisani.

In aggiunta, alla luce di un'analisi sui ricoveri potenzialmente inappropriati offerti nell'anno 2011 ai cittadini residenti in Regione, si prospetta anche la possibilità di rinegoziare i contratti e i budget di spesa e recuperare parte del valore di produzione attualmente riconosciuto, da parte della struttura regionale, alle strutture private accreditate.

In base alle indicazioni derivanti dalla normativa nazionale attualmente in vigore (Legge 135/2012) si prevede una riduzione del costo per acquisto di prestazioni sanitarie da strutture private accreditate pari a circa 14,7 €/mln nell'arco del triennio considerato, a cui si aggiunge un ulteriore importo pari 2,9 €/mln per effetto della rinegoziazione dei budget di spesa per gli anni 2014 e 2015 in seguito alla riduzione dei ricoveri inappropriati.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Definizione dei tetti di spesa 2013, 2014 e 2015 in linea con le indicazioni contenute nel D.L n°95/2012, come conv. nella L.135/2012, con le indicazioni contenute nel Piano Sanitario 2013-2015 e con le necessità di fabbisogno sanitario nonché in relazione ai volumi di produzione erogati nell'anno precedente	
miglioramento dell'accuratezza e della completezza dei flussi informativi previsti e rispetto delle tempistiche stabilite a livello regionale	
riduzione delle voci di spesa inerenti l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati	
miglioramento dell'appropriatezza clinica delle prestazioni erogate dagli erogatori privati accreditati	
Indicatori di risultato	Tempistica
Emanazione decreti per tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati per assistenza ospedaliera e assistenza specialistica ambulatoriale	15 giorni da ricezione approvazione ministeriale
Sottoscrizione contratti di acquisto delle prestazioni con gli erogatori privati accreditati per l'anno 2013	In corso
Sottoscrizione contratti di acquisto delle prestazioni con gli erogatori privati accreditati per l'anno 2014	Giugno 2014
Sottoscrizione contratti di acquisto delle prestazioni con gli erogatori privati accreditati per l'anno 2015	Dicembre 2014
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Ufficio per l'Ospedalità pubblica e privata	
Ufficio per l'assistenza territoriale	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
Riduzione costi da Spending Review (Legge 135/2012)	14,7 €/mln
Rinegoziazione budget di spesa anni 2014/2015 a seguito di riduzione dei ricoveri inappropriati	2,9 €/mln
TOTALE	17,6 €/mln

Valorizzazione Programma 7: Rapporti con gli erogatori

Intervento 7.2: Stipula intese e contratti

Azione 7.2.1: Allineamento budget di spesa in base alla normativa vigente e conseguente sottoscrizione dei contratti.

Relativamente alla valorizzazione si è tenuto conto:

- Decreto Commissariale n° 33/2013 di definizione dei limiti massimi di spesa per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- Bozza di Decreto Commissariale n° 34/2013 di definizione dei limiti massimi di spesa per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera;
- Schema di contratto/accordo contrattuale di budget per l'assistenza ospedaliera, anni 2013-2014;
- Schema di contratto/accordo contrattuale di budget per l'assistenza specialistica ambulatoriale, anni 2013-2014.

Tutti i documenti precedentemente richiamati tengono conto ed applicano le indicazioni normative contenute nella Legge 135/2012 e s.m.i.. Relativamente all'anno 2015 si sono mantenuti gli stessi valori dei tetti di spesa dell'anno precedente.

Spesa tendenziale- Anni 2013 - 2015 (T1)				Tetti di Spesa da DCA 15/2013 e 33/2013			
Valori in €/000				Valori in €/000			
Anno	Ospedaliera	Specialistica	Totale	Anno	Ospedaliera	Specialistica	Totale
2013	71.375	37.947	109.322	2013	72.567	34.754	107.321
2014	72.802	38.706	111.508	2014	71.834	34.403	106.237
2015	74.258	39.480	113.738	2015	71.834	34.403	106.237

Tabella 22 - Previsione spesa di prestazioni da privato - Assistenza Ospedaliera e Specialistica Ambulatoriale e tetti di spesa

Impatto manovra						
Valori in €/000						
Anno	Ospedaliera		Specialistica		Totale	
2013	1.192	-	3.193	-	2.001	
2014	-	968	-	4.303	-	5.271
2015	-	2.424	-	5.077	-	7.502
Totale manovra				-14.774		

Tabella 23 - Stima impatto manovra su acquisto di prestazioni da privato di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale

Si sottolinea che l'impatto delle manovre sopra riportate e gli effetti economici delle misure previste dalle disposizioni normative nazionali (DL 98/2011, L 135/2012, L 228/2012) sono già stati considerati nel Tendentiale, come riportato nel paragrafo 1.3 relativo alla costruzione del Tendentiale. Pertanto, di tali importi non si è preso atto nella definizione del Programmatico 2013-2015.

Inoltre, la Regione prevede la possibilità di rinegoziare i budget di spesa e i relativi contratti, inerenti le annualità 2014 e 2015 entro Giugno 2014. Infatti, come rappresentato nella tabella di seguito riportata, il 10,6% delle prestazioni offerte nel 2011 dalle strutture private accreditate ai soli cittadini molisani risulta essere inappropriato.

Inappropriatezza Strutture Private Anno 2011 - Ricoveri di residenti			
Struttura	Ricoveri di residenti	Casi inappropriati su residenti	% SU TOTALE
FGPII	4.806	366	7,6%
Neuromed	969	71	7,3%
Villa Esther	2.648	454	17,1%
Villa Maria	2.117	161	7,6%
IGEA	277	95	34,4%
Totale	10.817	1.147	10,6%

Tabella 24 - Ricoveri Inappropriati relativi a residenti molisani nell'anno 2011

Alla luce di tali livelli di inappropriatezza, a partire dal 2014, la Regione considera opportuno prevedere la possibilità di intavolare con i privati una trattativa al fine di rinegoziare budget di spesa e i contratti di erogazione. Pertanto, considerando il valore della produzione complessivo delle prestazioni offerte dalle strutture private accreditate ai cittadini molisani, si potrebbe recuperare, nell'ipotesi ottimistica di un recupero completo di tali somme, un importo annuo pari a complessivi 3,6 €/mln

Valore della produzione di residenti - Strutture private Anno 2011	
Valori in €/000	
Valore produzione	33.829
Recupero appropriatezza Annuo	3.587

Tabella 25 - Recupero valore della produzione dei ricoveri inappropriati

La Regione ritiene ragionevole ipotizzare di poter rinegoziare i budget di spesa e ottenere un risparmio stimato pari ad almeno il 50% dell'importo complessivo per le singole annualità, su cui applicare un abbattimento prudenziale di un ulteriore 20%. L'impatto complessivo della manovra, pertanto, risulta pari a 2,8 €/mln, come di seguito calcolato.

Impatto manovra			
Valori in €/000			
	2013	2014	2015
Appropriatezza prestazioni privati	0	-1.794	-1.794
Abbattimento prudenziale del 20%	0	359	359
Manovra	0	-1.435	-1.435
Totale manovra	-2.870		

Tabella 26 - Impatto manovre Privati

Programma 8: Formazione e comunicazione ai cittadini

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- formazione del personale, ivi compreso sistemi di job evaluation, performance measurement e incentivazione (Tabelle 18 e 19);
- promozione della carta dei servizi nelle Aziende sanitarie;
- attivazione di azioni finalizzate alla rilevazione sistematica della qualità percepita dagli utenti/cittadini;
- piano di formazione aziendale per la sicurezza dei pazienti (Root cause analysis, Audit Clinico).

Intervento 8.1: Potenziamento della formazione del personale e della comunicazione ai cittadini

La formazione è lo strumento per trasformare un'idea, un valore, un sapere in un comportamento concreto. Diventa quindi cruciale accrescere il valore del capitale umano, contrastare il rischio di obsolescenza delle professioni, mirare a superare ogni residua filosofia di separazione dei ruoli e delle culture professionali, tendere, invece, a metodologie di lavoro improntate al coordinamento e alla stretta collaborazione interprofessionale.

Per affrontare le sfide della sanità che cambia nella regione Molise occorre stimolare negli operatori una nuova attenzione verso i problemi sanitari emergenti.

La riqualificazione del SSR e il risanamento economico dipendono in larga misura dalla capacità di generare le condizioni per:

- interpretare meglio la domanda e i bisogni sanitari,
- qualificare l'assistenza in rapporto alla domanda,
- utilizzare più equamente e razionalmente le risorse,
- garantire omogeneità dei livelli di prestazione,
- impostare in maniera intersettoriale le azioni di tutela della salute,
- comunicare efficacemente ai cittadini le politiche sanitarie.

Azione 8.1.1: Organizzazione del sistema di formazione continua ai sensi degli Accordi Stato Regioni 1° agosto 2007, 5 novembre 2009 e 19 aprile 2012

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 863 del 31 dicembre 2012 è stato avviato, in via sperimentale per il biennio 2013/2014 il nuovo sistema regionale di Educazione Continua in Medicina, in attuazione delle indicazioni emanate in materia dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano con gli Accordi sanciti il 1 agosto 2007, il 5 novembre 2009 ed il 19 aprile 2012. E' stato, inoltre, approvato il Manuale di Accreditamento dei Provider regionali ECM, quale applicazione del Nuovo Sistema regionale di Formazione Continua in Medicina.

L'ASReM svilupperà programmi annuali di formazione per garantire, nel triennio, l'acquisizione da parte del personale sanitario dei crediti minimi ECM previsti dai contratti collettivi nazionali di lavoro. Per i dirigenti di tutti i ruoli, e per i quadri intermedi, devono essere sviluppati programmi di formazione che permettano di acquisire o affinare le conoscenze e le competenze manageriali, congiuntamente alle conoscenze e competenze professionali specialistiche.

Il nuovo assetto del sistema di formazione continua necessita una riorganizzazione della funzione di formazione per consentire all'Azienda il passaggio dall'accREDITamento degli eventi all'accREDITamento dei provider. Pertanto si vuole giungere, da un lato, alla definizione ed implementazione della struttura organizzativa e funzionale della formazione in conformità alle linee guida dettate nel manuale di accREDITamento dei provider regionali ECM, dall'altro, all'adeguamento ai requisiti minimi e agli standard indispensabili per ottenere l'accREDITamento.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Passaggio dall'accREDITAMENTO degli eventi all'accREDITAMENTO in qualità di provider regionale ECM	
Indicatori di risultato	Tempistica
Conseguimento dell' accREDITAMENTO provvisorio da parte della Regione Molise	Marzo 2014
Crediti ECM come da CCNL	Marzo 2014
Crediti ECM come da CCNL	Dicembre 2014
Crediti ECM come da CCNL	Dicembre 2015
Programma formazione non ECM	Dicembre 2014
Programma formazione non ECM	Dicembre 2015
Responsabile del procedimento attuativo	
DG ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Azione 8.1.2: Formazione del personale

I processi di riqualificazione funzionale ed risanamento economico implicano che siano diffuse le conoscenze e le competenze per misurare e valutare la *performance* delle strutture in termini di qualità (prestare il servizio necessario, con le modalità appropriate, nel momento giusto affinché sia efficace) e di quantità (essere efficaci in termini di produttività per erogare il maggior numero possibile di prestazioni con le risorse economiche date) e la *performance* degli operatori, il rendimento e il livello delle caratteristiche professionali che si estrinsecano nell'esecuzione del lavoro.

La formazione e l'aggiornamento professionale devono mirare ad affinare negli operatori le capacità di capire, adeguarsi e risolvere il problema del paziente nel migliore modo possibile, fornendogli un supporto concreto di competenza professionale e di appoggio per promuoverne atteggiamenti attivi e stimolandone la capacità di scelta (*Counselling*).

In attuazione di quanto previsto dall'art. 16 quinquies D.lgs n. 502/92 e ss.mm.ii. l'Azienda intende attivare corsi di formazione manageriale con l'obiettivo di incentivare le capacità manageriali dei propri dirigenti sanitari che, per l'esercizio delle proprie funzioni, sono chiamati a possedere adeguate conoscenze e competenze non solo di natura professionale ma anche organizzativa e gestionale.

Proprio per indurre un positivo cambiamento di mentalità e promuovere la partecipazione attiva dei direttori di struttura complessa alla programmazione e realizzazione delle scelte strategiche aziendali, appare fondamentale e prioritaria l'attivazione delle specifiche iniziative formative per la diffusione e la crescita della cultura manageriale dei dirigenti, così come previste dal D.Lgs n. 502/92 come modificato dal D.Lgs n. 229/99 e dal D.P.R. n. 484/97.

La Regione, in collaborazione con l'ASReM e con l'UNIMOL, sta definendo percorsi formativi in conformità all'Accordo Stato-Regioni del 10 luglio 2003, recante la definizione dei criteri formativi necessari per poter garantire la reciprocità di validità dei corsi di formazione manageriale di cui agli articoli 15 e 16- quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. e all'articolo 7del DPR 30 dicembre 1997, n. 484.

Quanto sopra descritto porterà alla progettazione, organizzazione e gestione di un corso di formazione manageriale per direttori sanitari, direttori amministrativi e direttori di struttura complessa.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Accrescimento e qualificazione della professionalità, sul piano manageriale e gestionale, degli operatori del Servizio Sanitario a cui sono affidate responsabilità di direzione e coordinamento di strutture complesse	
Perfezionamento di tecniche e strumenti propri dell'attività di direzione, prioritariamente riferiti alle aree di organizzazione e gestione dei Servizi Sanitari, di rilevazione di indicatori di qualità dei servizi e sanità pubblica, di gestione delle risorse umane, nonché di criteri di finanziamento ed elementi di bilancio e controllo.	
Indicatori di risultato	Tempistica
Definizione dei percorsi formativi in collaborazione con Regione Molise ed UNIMOL.	Giugno 2014
Attivazione del primo corso di formazione manageriale per direttori sanitari, direttori amministrativi e direttori di struttura complessa entro	Dicembre 2014
Responsabile del procedimento attuativo	
DG ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Azione 8.1.3: Programma triennale per la prevenzione e il controllo del rischio clinico

La sicurezza dei pazienti è uno dei fattori determinanti la qualità delle cure e pertanto è uno degli obiettivi prioritari che il Servizio Sanitario Nazionale si pone. Lo sviluppo di interventi efficaci è strettamente correlato alla comprensione delle criticità dell'organizzazione e dei limiti individuali, richiedendo una cultura diffusa che consentano di superare le barriere per la attuazione di misure organizzative e di comportamenti volti a promuovere l'analisi degli eventi avversi ed a raccogliere gli insegnamenti che da questi possono derivare.

La sicurezza dei pazienti quindi si colloca nella prospettiva di un complessivo miglioramento della qualità e poiché dipende dall'interazioni delle molteplici componenti che agiscono nel sistema, deve essere affrontata attraverso l'adozione di pratiche di governo clinico che consente di porre al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini, valorizzando nel contempo il ruolo e la responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità. Rafforzare le competenze dei professionisti è infatti un valore essenziale, così come la formazione costituisce uno strumento indispensabile per assicurare l'erogazione di cure efficaci e sicure.

Gli obiettivi che la Regione si pone sono di seguito elencati:

- Aggiornamento costante del personale coinvolto nel percorso assistenziale;
- comunicazione all'interno del team e tra operatori e pazienti;
- adozione di linee guida e protocolli;
- promozione e diffusione della "cultura della sicurezza" orientata alla prevenzione e basata sulla convinzione che gli errori rappresentano, se adeguatamente analizzati, preziose opportunità di apprendimento.

L'Azienda ha attivato, dal 2012, un percorso formativo teorico-pratico, in collaborazione con FederSanità – AGENAS, finalizzato alla definizione di una metodologia di intervento ed articolato in diversi step formativi:

- formazione di personale dedicato e specializzato (facilitatori) con l'obiettivo di implementare e monitorare i livelli organizzativi ed il rischio aziendale attraverso una metodologia standardizzata;
- fotografia dei rischi (strutturali ed organizzativi) delle UU.OO dei Presidi e Stabilimenti Ospedalieri della ASReM a cura dei facilitatori;
- implementazione della *check list* nel percorso chirurgico. Attualmente i direttori delle chirurgie stanno sperimentando la *check list* a tre firme (Chirurgo-anestesista-infermiere di sala).

A completamento di tale attività è prevista nel periodo 2013/2014 l'elaborazione di protocolli e procedure finalizzati alla tutela della sicurezza del paziente e degli operatori. La diffusione delle risultanze di tale lavoro sarà oggetto di divulgazione tra tutto il personale, attraverso incontri formativi ed organizzativi a cura dei facilitatori.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Progettazione e implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzino la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti e agli operatori	
Sviluppo della cultura della sicurezza attraverso la formazione finalizzata all'identificazione, analisi e gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti e per gli operatori	
Riduzione dell'incidenza degli errori strutturali ed organizzativi causa di possibili incidenti	
Indicatori di risultato	Tempistica
Elaborazione di protocolli e procedure finalizzati alla tutela della sicurezza del paziente e degli operatori	Dicembre 2014
Formazione degli operatori nel periodo 2013/2015, con copertura del 90% del personale sanitario	Dicembre 2015
Responsabile del procedimento attuativo	
DG ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Azione 8.1.4: Comunicazione ai cittadini

Le conoscenze e le competenze in materia di misurazione della performance e le abilità per una efficace comunicazione sono il presupposto per informare esaurientemente i cittadini sulle politiche sanitarie, sui risultati, sui rendimenti e sui costi delle relative azioni compiute.

Gli strumenti principali della comunicazione ai portatori di interesse e, in definitiva, ai cittadini sono la Carta dei servizi e la Conferenza annuale dei servizi (art. 14 del decreto legislativo n.502/1992).

L'esposizione dei contenuti della comunicazione deve essere sintetica ma chiara e completa degli elementi essenziali, con linguaggio e rappresentazioni grafiche di facile comprensibilità da parte del ricevente, ossia dei cittadini e degli altri portatori di interesse.

Le relazioni e i *reports*, sulla scorta dei principi contenuti nella direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 gennaio 1994 sui principi per l'erogazione dei servizi pubblici, devono garantire la piena informazione degli utenti circa i piani di attività e le modalità di prestazione dei servizi (informazione necessaria anche nella Carta dei servizi); gli standard di qualità e quantità delle prestazioni accompagnati da una relazione descrittiva; le proposte e le segnalazioni degli utenti acquisite e riscontrate; i risultati conseguiti; dare voce, durante la Conferenza dei servizi e altre riunioni pubbliche periodicamente indette, agli utenti per la valutazione circa la qualità del servizio.

Le deliberazioni, gli altri atti, la corrispondenza, le comunicazioni a stampa dell'azienda e della regione devono essere accessibili alla generalità dei cittadini e redatti osservando le raccomandazioni della direttiva del Ministro per la Funzione pubblica 8 maggio 2002.

L'ASReM deve osservare il decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 e ogni altra prescrizione normativa in materia di trasparenza e pubblicità degli atti delle aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale.

La regione e l'ASReM, nel triennio, devono attuare programmi di comunicazione mirate a categorie a rischio, o rivolte alla generalità dei cittadini in ordine ai principali fattori di rischio (lotta al fumo, prevenzione dei tumori, alimentazione sana, lotta alle dipendenze, malattie sessualmente trasmissibili, papilloma virus, vaccinazioni consigliate).

I programmi di comunicazione saranno sviluppati, oltre che in maniera autonoma, favorendo la collaborazione di personale sanitario con altre istituzioni pubbliche (per esempio, la scuola) e con le istituzioni sociali (associazioni di pazienti, tribunale dei diritti del malato, parrocchie, associazioni sportive, enti morali che operano nel campo della ricerca, della prevenzione e dell'assistenza).

Gli obiettivi generali delle attività di comunicazione nel triennio 2013-2015 scaturiscono dalle strategie e dalle priorità individuate dal recente PSR 2013-2015:

- educazione alla salute orientata alla promozione di comportamenti e stili di vita a sostegno del benessere e della prevenzione delle malattie degli individui e dei gruppi;
- informazione ai cittadini sull'offerta delle prestazioni sanitarie e sulle condizioni della loro fruibilità;
- accesso responsabile all'uso delle risorse del SSR;
- partecipazione della comunità locale ai processi di programmazione e valutazione dei risultati del SSR e dell'ASReM attraverso le rappresentanze di categoria, istituzionali, associazioni di tutela degli utenti.

Gli obiettivi specifici del programma di comunicazione verranno realizzati attraverso i seguenti interventi:

- Promozione dei servizi erogati;
- Attivazione di azioni finalizzate alla rilevazione sistematica della qualità percepita dagli utenti/cittadini;
- pianificazione delle azioni di comunicazione;
- attuazione di strategie informative legate alla prevenzione, promozione ed educazione alla salute;
- partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini;
- trasparenza e pubblicità degli atti.

Specifici programmi di comunicazione devono riguardare la sensibilizzazione alla donazione del sangue, di organi e tessuti.

Infine, nei programmi di comunicazione dell'ASReM assume particolare rilievo l'osservanza delle norme e disposizioni in materia di consenso informato ai pazienti.

INDICATORI	
Risultati programmati	
L'ASReM deve pubblicare nel sito aziendale e tenere aggiornata, almeno annualmente, la Carta dei servizi	
L'ASReM convoca almeno ogni anno la Conferenza dei servizi, per comunicare le politiche aziendali e i risultati in termini di erogazione delle prestazioni, i rendimenti in termini di soddisfazione dei LEA ed i costi, dando voce ai cittadini e agli portatori di interesse di esprimere valutazioni sulla qualità del servizio.	
L'ASReM organizza rilevazioni almeno semestrali sulla qualità dei servizi erogati, così come percepita dagli utenti, nel rispetto della segretezza delle opinioni.	
L'ASReM ottempera senza eccezioni agli obblighi normativi di trasparenza e pubblicità degli atti.	
Indicatori di risultato	Tempistica
Svolgimento di almeno tre eventi programmati per anno	Dicembre 2014
Svolgimento di almeno tre eventi programmati per anno	Dicembre 2015
Monitoraggio annuale risultati, con relazione di accompagnamento al bilancio di esercizio	Da Gennaio 2014
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
Direzione presidi ospedalieri e direzione sanitaria ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Promozione dei servizi erogati

Le norme di riferimento prevedono l'adozione e l'aggiornamento annuale della Carta dei Servizi contenente i principi, la *mission*, i valori di riferimento ecc. Si procederà alla:

- realizzazione e pubblicazione della Carta dei Servizi secondo lo schema di riferimento di cui al DPCM 19 Maggio 1995;
- aggiornamento periodico della Carta dei Servizi anche attraverso la predisposizione di specifici strumenti comunicativi (guida ai servizi, vademecum sulla salute, ecc.)

Entro dicembre 2014

Attivazione di azioni finalizzate alla rilevazione sistematica della qualità percepita dagli utenti/cittadini

Le recenti normative indicano, per lo sviluppo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, l'analisi preventiva delle reali esigenze dei cittadini e delle imprese, anche utilizzando strumenti per la valutazione del grado di soddisfazione degli utenti.

Un continuo monitoraggio del gradimento e delle aspettative delle varie tipologie di utenza rappresenta un elemento essenziale per l'erogazione dei servizi stessi.

L'azione si realizzerà attraverso:

- adozione di strumenti per la rilevazione del grado di soddisfazione dei servizi da parte degli utenti/pazienti (customer satisfaction), nel rispetto della segretezza delle opinioni;
- Rilevazione periodica della customer satisfaction;
- Elaborazione dei dati e produzione di report periodico finalizzato alla valutazione dell'efficacia dei sistemi di erogazione dei servizi;
- osservanza delle norme e disposizioni in materia di consenso informato ai pazienti;
- attivazione di azioni di miglioramento perseguibili condivise con i cittadini/utenti e con gli operatori interni.

Produzione di report semestrale

Pianificazione delle azioni di comunicazione

In ossequio alla Legge 150/2000 tutte le attività di informazione e di comunicazione svolte in modo istituzionale dall'Azienda sono ricomprese in modo coordinato ed integrato nel "Piano di comunicazione".

Si prevede di implementare:

- Programmazione dell'attività di comunicazione interna -esterna e della salute
- Creazione di una rete di referenti interni ed esterni ai vari livelli, per la pianificazione unitaria dei flussi informativi e per la definizione dei contenuti della comunicazione ai cittadini/utenti;
- Attuazione di programmi di comunicazione e di sensibilizzazione mirati alla prevenzione promozione ed educazione alla salute in ordine ai principali fattori di rischio (lotta al fumo, prevenzione tumori, alimentazione sana, lotta alle dipendenze, malattie sessualmente trasmissibili, papilloma virus, vaccinazioni consigliate) da sviluppare in maniera autonoma e in collaborazione con altre istituzioni pubbliche e sociali;
- sviluppo di appositi programmi di comunicazione volti a sensibilizzare alla donazione del sangue, organi e tessuti;
- osservanza, nei programmi di comunicazione aziendali, delle norme e disposizioni in materia di consenso informato ai pazienti;
- ottimizzazione dei costi e dell'impiego delle risorse strumentali e finanziarie per le attività di informazione e di comunicazione necessarie ad una migliore fruizione dei servizi;

Produzione di report semestrale sui programmi avviati.

Adozione Piano di comunicazione aziendale triennale 2013-2015 e piani operativi annuali.

Programmazione campagne di comunicazione sulla salute.

Attuazione di strategie informative legate alla prevenzione, promozione ed educazione alla salute

La regione s’impegna a procedere al rafforzamento delle rete informativa costituita dai diversi soggetti che operano nel campo della ricerca, della prevenzione e dell’assistenza (operatori del servizio sanitario, associazioni, enti territoriali) per la diffusione, condivisione e comunicazione di dati sanitari di campionamento. Si intende, pertanto, procedere alla:

- Definizione delle modalità di accesso e di gestione di banche dati on-line;
- Adozione di specifici protocolli d’intesa con l’Azienda Sanitaria;

Produzione di reports statistici in formato cartaceo o a mezzo web (sulla sezione specifica del portale aziendale) (semestrale);

Qualità della comunicazione (risultati ottenuti, modifiche intervenute).

Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini

Come previsto dalla normativa nazionale (D.Lgs n. 502/92- art. 14) l’Azienda Sanitaria è tenuta ad organizzare la Conferenza annuale dei Servizi. Essa è volta a comunicare le politiche aziendali ed i risultati in termini di erogazione delle prestazioni, i rendimenti in termini di soddisfacimento dei LEA e i costi, consentendo ai cittadini e agli altri portatori di interesse di esprimere valutazioni sulla qualità dei servizi e di suggerire gli interventi utili per il loro miglioramento

Avvio di processi volti alla:

- partecipazione attiva nelle strutture degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti
- formazione ed aggiornamento del personale adibito al contatto con il pubblico sui temi inerenti la tutela dei diritti dei cittadini;
- promozione conferenza dei servizi;
- controllo e valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale;

Convocazione annuale della conferenza dei servizi

Trasparenza e pubblicità degli atti

Come previsto dalla normativa nazionale (D.Lgs n. 33/2013), l’Azienda Sanitaria è tenuta a garantire l’accessibilità totale delle informazioni concernenti la propria organizzazione e le attività svolte.

Si procederà alla:

- pubblicazione nel sito istituzionale di documenti, informazioni e dati obbligatori, nel rispetto delle regole fissate dalla normativa vigente, al fine di garantire a chiunque il “diritto alla conoscibilità”, non solo per l’aspetto informativo di gratuita fruizione, ma anche per l’utilizzo e il riutilizzo degli stessi;
- individuazione nella home-page del sito istituzionale di una apposita sezione denominata “Amministrazione trasparente” idonea a garantire la piena accessibilità e la qualità (integrità, costante aggiornamento, comprensibilità, semplicità di consultazione) delle informazioni;

- adozione di un programma triennale per la trasparenza e l'integrità, collegato alla programmazione strategica e operativa aziendale, atto a garantire un adeguato livello di trasparenza, la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità;

Produzione di report sullo stato di implementazione della sezione "Amministrazione trasparente";

Stesura programma triennale 2013-2015 e piani operativi annuali

INDICATORI	
Risultati programmati	
L'ASReM deve pubblicare nel sito aziendale e tenere aggiornata, almeno annualmente, la Carta dei servizi	
L'ASReM convoca almeno ogni anno la Conferenza dei servizi, per comunicare le politiche aziendali e i risultati in termini di erogazione delle prestazioni, i rendimenti in termini di soddisfacimento dei LEA ed i costi, dando voce ai cittadini e agli portatori di interesse di esprimere valutazioni sulla qualità del servizio.	
L'ASReM organizza rilevazioni almeno semestrali sulla qualità dei servizi erogati, così come percepita dagli utenti, nel rispetto della segretezza delle opinioni.	
L'ASReM ottempera senza eccezioni agli obblighi normativi di trasparenza e pubblicità degli atti.	
Indicatori di risultato	Tempistica
Svolgimento di almeno tre eventi programmati per anno	Dicembre 2014
Svolgimento di almeno tre eventi programmati per anno	Dicembre 2015
Monitoraggio annuale risultati, con relazione di accompagnamento al bilancio di esercizio	Da Dicembre 2013
Raggiungimento di tutte le azioni specifiche entro le tempistiche stabilite	Da Dicembre 2013
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
Direzione presidi ospedalieri e direzione sanitaria ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

3. Area: Razionalizzazione dei fattori produttivi

Programma 9: Razionalizzazione spesa

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- pianificazione pluriennale sugli acquisti – analisi e governo dei fabbisogni;
- riassetto organizzativo e logistico dei processi di acquisto;
- centralizzazione degli acquisti – attivazione di sistemi di e-procurement regionali – adesione a Consip;
- riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria in termini di prezzi e quantità ai sensi della normativa vigente (prezzi di riferimento, contratto quadro, livelli di servizio, attivazioni di penali, etc.);
- attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (D.L 98/2011 e D.L 95/2012)
- assistenza farmaceutica: distribuzione diretta e per conto;
- Health Technology Assessment;
- monitoraggio dei tempi di pagamento.

Intervento 9.1: Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi

Azione 9.1.1: Attivazione della Centrale Acquisti Regionale (CAR)

La Regione Molise risente ancora oggi degli effetti derivanti dalla precedente organizzazione in quattro Aziende prima e, poi, in altrettante zone, alle quali erano affidati compiti di acquisto di beni e servizi in maniera non sempre sinergica e coordinata. Allo stato attuale, infatti, alcune forniture sono ancora proroghe di vecchi contratti e, dunque, non risultano totalmente allineate con il mutato fabbisogno di servizi e tantomeno con gli scenari futuri previsti.

Peraltro, ai sensi della Legge 537/1993, è vietato il rinnovo tacito dei contratti delle Pubbliche Amministrazioni per la fornitura di beni e servizi, ivi compresi quelli affidati in concessione a soggetti iscritti in appositi albi.

La Regione Molise in ragione della grave situazione ad oggi creatasi nella gestione delle procedure delle gare di appalto e nella conseguente amministrazione dei contratti di fornitura di beni e servizi in capo ad ASReM e al fine di poter esercitare un maggiore controllo della spesa in ambito sanitario, intende procedere alla costituzione di una Centrale Acquisti Regionale e al trasferimento delle funzioni gestionali e di amministrazione delle procedure di messa a bando e aggiudicazione da ASReM alla costituenda Centrale, che afferirà direttamente alla Direzione Generale per la Salute.

Seppure la Regione Molise presenti una sola azienda sanitaria ed un bacino di utenza ridotto rispetto ad altre realtà nazionali, è ferma convinzione della Regione stessa che l'attivazione di una unica entità regionale, con l'obiettivo di ottimizzare la spesa pubblica in ambito sanitario, anche attraverso l'utilizzo di specifici e moderni strumenti operativi e gestionali, possa garantire:

- maggiore efficacia ed efficienza nella messa a bando di gare;
- maggiore incisività nella fase di contrattazione con i fornitori;
- migliore capacità di monitoraggio e controllo;
- possibilità di creare sinergie per i beni e servizi comuni con altri enti regionali;
- possibilità di coinvolgere gli operatori sanitari privati in specifiche procedure di gara.

La CAR opererà, alla luce della prevista integrazione, anche per la Fondazione Giovanni Paolo II e, in futuro, non si esclude la possibilità di valutare l'accesso a specifiche procedure di gara per determinate categorie merceologiche anche ad altri operatori sanitari privati del territorio regionale.

Contestualmente alla creazione di un'unica Centrale di Acquisto si prevede la disattivazione delle funzioni di gestione delle gare di appalto e contrattazione in capo ad ASReM. Tale azione s'inserisce nel più ampio progetto di ristrutturazione dell'attuale sistema di governance di ASReM e del SSR molisano, rispetto al quale rappresenta un elemento di radicale innovazione: si tratta di un progetto complesso e delicato che si ritiene congruo prevedere di poter concludere con l'implementazione delle attività a regime entro il mese di **Gennaio 2015**. Tale tempistica di attivazione si allinea con la conclusione e la messa a regime delle altre 2 azioni *core* dei presenti Programmi Operativi ovvero la riorganizzazione dell'ASReM e l'integrazione tra il presidio ospedaliero Cardarelli e Fondazione Giovanni Paolo II.

L'iter procedurale che la Regione Molise intende avviare e concludere entro la scadenza dei presenti Programmi Operativi è il seguente:

- Invio Studio di Fattibilità ai Ministeri affiancanti per preventiva autorizzazione **entro Gennaio 2014**;
- Avvio procedure amministrative volte alla creazione della Centrale Unica di Acquisti entro 30 giorni dall'approvazione dei ministeri affiancanti dello studio di fattibilità, da avviare comunque entro e non oltre Aprile 2014;
- Conclusione dell'iter amministrativo e avvio fase di start up della Centrale Acquisti Regionale **entro Ottobre 2014**;
- Graduale spostamento delle competenze e delle funzioni di gestione delle gare di appalto dalla ASReM alla neo costituita Centrale Acquisti Regionale **da Ottobre 2014 a Dicembre 2014**;
- Messa a regime della Centrale Acquisti e definitiva soppressione delle funzioni collegate all'interno dell'ASReM **entro Gennaio 2015**.

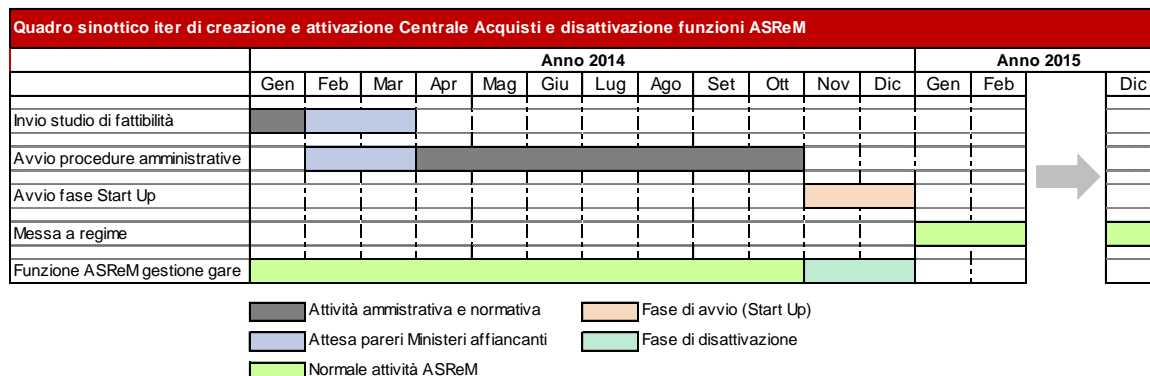


Figura 2 - Gantt sul percorso di creazione della Centrale Acquisto Regionale

Contestualmente all'avvio della CAR si procederà ad eliminare i contratti relativi all'acquisto di beni e servizi che a tutt'oggi risultano in regime di proroga e, contestualmente alla normalizzazione di tale aspetto, alla loro messa a bando attraverso specifiche procedure di gara. A tale proposito la Regione s'impegna ad emanare specifiche linee guida per il percorso da seguire in relazione alla progressiva disattivazione delle funzioni aziendali e alla conseguente migrazione delle competenze e responsabilità **entro e non oltre 30 giorni dalla approvazione dello studio di fattibilità da parte dei ministeri affiancanti**.

Nel corso dell'arco temporale necessario ad addivenire all'attivazione della CAR, l'ASReM dovrà necessariamente prendere in considerazione eventuali fabbisogni di servizi intervenuti, con particolare riferimento a quelli connessi con le azioni di riordino delle reti assistenziali e derivanti dagli interventi previsti dai presenti Programmi Operativi.

A tal riguardo dovrà essere garantita la presenza in forma scritta del parere di regolarità contabile, da parte del responsabile UOC Economico Finanziario, volto ad assicurare, ad esempio, la regolarità dell'iter amministrativo/contabile, la conformità alle norme fiscali, il rispetto dei principi generali di contabilità dettati dalla normativa vigente, la corretta gestione del patrimonio, l'attestazione della copertura economica.

Relativamente alla valorizzazione dell'intervento risulta a tutt'oggi estremamente complesso procedere ad una puntuale stima dei costi cessanti con l'attivazione di nuovi contratti di servizio che verrebbero sottoscritti nel corso del 2014 e, ancora più complesso, risulterebbe stimare con una ragionevole precisione i risparmi ottenibili dall'attivazione della Centrale Acquisti a partire dal 2015. La letteratura a riguardo parla di economie variabili tra il 5% e il 20%. In un'ottica fortemente prudentiale, applicando ai dati di costo la percentuale minima (5%) si potrebbe attribuire all'implementazione della CAR un risparmio pari a circa 6,0 €/mln all'anno. Tuttavia, in considerazione della complessità connessa alla fase di start up di tale progetto, il beneficio economico atteso, che rappresenta un di cui della valorizzazione del successivo Programma 9, è stato ulteriormente ridotto a 2,6 €/mln (pari al 3%) e limitato per il solo esercizio 2015.

INDICATORI		
Risultati programmatici		
Normalizzazione contratti per fornitura di beni e servizi		
riduzione del costo per l’acquisto di beni e servizi		
Indicatori di risultato		Tempistica
Monitoraggio e controllo sulle modalità di esecuzione e di gestione dei contratti in essere rispetto alle direttive/provvedimenti regionali (carotaggi);		Dicembre 2014
Bandire le gare per l’acquisto di beni e servizi tenendo conto dell’effettivo fabbisogno aziendale		Giugno 2014
Aggiudicazione delle gare di appalto		Dicembre 2014
Attivazione centrale acquisti		Gennaio 2015
Responsabile del procedimento attuativo		
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute		
Direttore Generale ASReM		
VALORIZZAZIONE ECONOMICA		
Manovre dirette su beni e servizi	Gare aggiudicate	3,9 €/mln
	Gare in corso di espletamento	1,8 €/mln
	Gare in corso di predisposizione	1,1 €/mln
	Gare da predisporre	0,9 €/mln
	Altre azioni da intraprendere	0,9 €/mln
	Centrale Regionale Acquisti	2,6 €/mln
Manovre da riassetto macroarea OSPEDALIERA	Riduzione servizi da integrazione tra Cardarelli e Fondazione Giovanni Paolo II	3,4 €/mln
	Risparmi costi da disattivazione posti letto	1,4 €/mln
TOTALE		16,1 €/mln

Valorizzazione Programma 9: Razionalizzazione spesa

Intervento 9.1: Ottimizzazione acquisto beni e servizi

Azione 9.1.1: Avvio e conclusione gare di appalto per la fornitura di beni e servizi

Nel corso dell'anno 2010 l'ASReM si è dotata, a seguito di gara, di un unico sistema informativo contabile che ha consentito la costituzione di un unico centro acquisti e ordini e di un'unica anagrafe regionale per i beni sanitari e non sanitari. Ciononostante, come precedentemente illustrato, risulta complesso procedere ad una puntuale stima dei risparmi derivanti dall'attivazione dei nuovi contratti di fornitura dei servizi e della predisposizione dei nuovi bandi di gara.

Tale complessità è principalmente riconducibile a:

- difficile stima dei termini delle future gare di appalto in relazione al volume delle prestazioni richieste;
- complessa valorizzazione del risparmio economico atteso;
- stato di attuazione e avanzamento della nuova rete ospedaliera.

In virtù delle criticità esposte, ai fini della valorizzazione si è stimata una contrazione dei costi sostenuti nel triennio di operatività dei presenti Programmi Operativi rispetto a quanto ipotizzato nel Tendentiale T3.

Tale stima di riduzione di spesa sostenuta si basa sui seguenti assunti:

- la percentuale di riduzione della spesa, ovvero l'impatto delle manovre, è stato calcolato rispetto al valore contabilizzato nell'esercizio 2012;
- la metodologia di stima dei risparmi derivanti dalle gare aggiudicate, in corso di espletamento, in corso di predisposizione e da intraprendere, si basa sull'ipotesi di:
 - risparmi da riduzione dei prezzi di acquisto a parità di consumi;
 - risparmi derivanti da minori consumi.
- per l'anno 2015 si è tenuta in considerazione la messa a regime della Centrale Acquisti Regionale e la conseguente disattivazione delle funzioni ASReM connesse alle procedure di gare di appalto.

Di seguito una rappresentazione di sintesi dell'impatto delle manovre previste.

Riepilogo impatti manovra nel triennio 2013-2015				
Valori in €/000				
	2013	2014	2015	Totale
Gare aggiudicate	-1.163	-2.713	0	-3.876
Gare in corso di espletamento	0	-1.824	0	-1.824
Gare in corso di predisposizione	0	-555	-555	-1.110
Gare da predisporre	0	0	-951	-951
Altre azioni da intraprendere	-182	-365	-365	-912
Centrale Regionale di Acquisti	0	0	-2.644	-2.644
Totale manovre annuali	-1.345	-5.457	-4.515	-11.317

Riepilogo impatti manovra della macroarea ospedaliera nel triennio 2013-2015				
Valori in €/000				
	2013	2014	2015	Totale
Riduzione Servizi per integrazione Cardarelli - Fondazione	0	0	-3.094	-3.094
Totale manovre annuali macroarea ospedaliera	0	0	-3.094	-3.094

Totale manovre annuali Beni e Servizi	-1.345	-5.457	-7.609	-14.411
--	---------------	---------------	---------------	----------------

Tabella 27 - Riepilogo impatto delle manovre previste per i beni e servizi

Rispetto alla precedente versione dei Programmi Operativi, inviati nel mese di Luglio 2013 (Prot. SiVeAS. 163/2013), si sono recepite le indicazioni contenute nel Verbale della Tavola di Verifica del 16.07.2013. Tuttavia, a seguito della nuova azione prevista circa l'attivazione della Centrale Acquisti Regionale e della prevista integrazione tra il Presidio Ospedaliero Cardarelli, le stime di calcolo dei risparmi nel corso del triennio hanno subito delle modifiche.

Inoltre, così come già considerato e spiegato analiticamente all'interno del programma relativo alla rete ospedaliera, si sono ottenuti risparmi derivanti dall'integrazione tra il PO Cardarelli e la Fondazione Giovanni Paolo II e dalla disattivazione dei posti letto delle strutture pubbliche. Tali effetti positivi in termini di riduzione del costo di alcuni servizi ha avuto un impatto economico di cui si è tenuto conto nella valorizzazione complessiva della macrovoce di costo dei beni e servizi. Per il dettaglio analitico di tali riduzione si rimanda al programma della rete ospedaliera.

Nel dettaglio si è proceduto:

- Per l'anno 2013: si sono mantenuti gli stessi valori precedentemente esposti in quanto i dati relativi all'ultimo trimestre disponibile alla data di redazione del presente documento confermano la bontà della stima precedentemente riportata. Si tratta, infatti, non più di una stima ma di un preciso calcolo dei risparmi ottenuti da gare già aggiudicate.
- Per l'anno 2014: si sono mantenuti invariati i valori di risparmio già riportati nella precedente versione dei Programmi Operativi poiché trattasi di gare di appalto già avviate e che produrranno i loro effetti economici nel corso dell'anno 2014.
- Per l'anno 2015: si è proceduto ad un ricalcolo dei risparmi derivanti dall'aggiudicazione delle gare di appalto in ragione dell'attivazione della Centrale Regionale Acquisti.

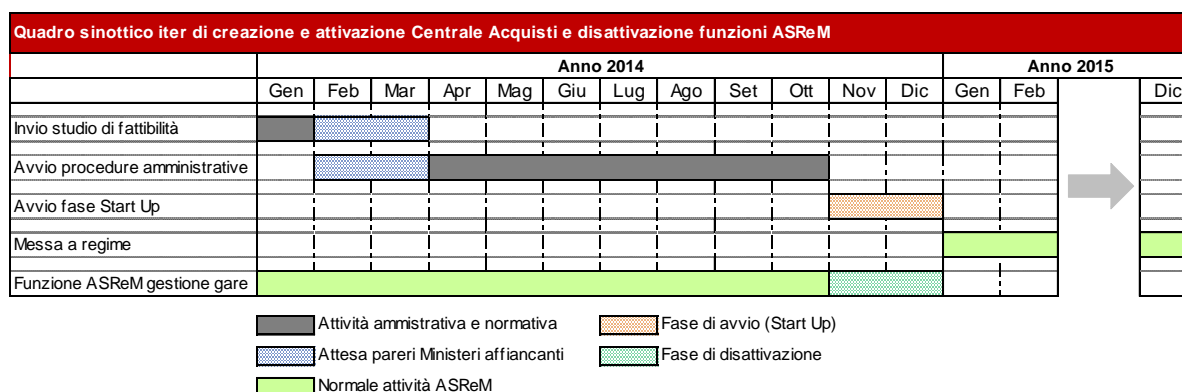


Figura 3 - Tempistiche di riferimento delle azioni previsti in ottica di razionalizzazione di beni e servizi

Tale pianificazione comprende le categorie merceologiche e/o i servizi sui quali la Struttura regionale, dall'analisi dei fabbisogni di acquisto dell'Azienda, ritiene necessario intervenire prioritariamente attraverso acquisti centralizzati.

Benchmark di riferimento

Si riportano di seguito le evidenze ottenute in seguito alla gara per la fornitura di farmaci indetta e conclusa nel corso dell'anno.

Come si potrà evincere dalle tabelle seguenti il risparmio ottenuto attraverso l'utilizzo del sistema dinamico di acquisizione è stato nella maggior parte dei casi estremamente vantaggioso per l'Azienda. A tal proposito si è ottenuto un risparmio medio su base d'asta pari al 14% circa che equivale in termini economici ad una differenza tra valore dell'aggiudicato e valori di base d'asta pari a 3,8 €/mln.

Indicatori di efficacia Consolidato I - II - III CC - GARA FARMACI ASReM							
Valori in €							
DEX	n° lotti aggiudicati	Aggiudicati	Pr. Ospedaliero	% media sconto*	Base Asta	Δ Agg.to vs. B.A	Δ % su B.A
	A	B	C	D	E	F=B-E	G=F/E
Offerta Unica	1.153	€ 16.988.837	€ 23.867.267	28,82%	€ 17.605.264	-€ 616.427	-3,50%
Concorrenza	520	€ 5.246.119	€ 12.522.874	58,11%	€ 8.439.245	-€ 3.193.126	-37,84%
Totale	1.673	€ 22.234.956	€ 36.390.141	38,90%	€ 26.044.509	-€ 3.809.553	-14,63%
Deserti	350						

* La % di sconto è calcolata come media sui prezzi Ex Factory e su prezzi pubblici

Tabella 28 - Evidenze complessive sulla procedura di aggiudicazione per la fornitura di farmaci ASReM

In ragione, quindi, delle evidenze ottenute su questa tipologia di gara d'appalto, che rappresenta un esempio delle procedure e dei risparmi ottenuti ed ottenibili mediante l'implementazione e l'utilizzo di tutti gli ultimi strumenti procedurali e normativi in uso presso ASReM, la stima di risparmio utilizzata nelle successive valorizzazioni, ovvero pari al 7% rispetto ai prezzi di partenza, appare estremamente prudentiale. Inoltre, alla predetta stima di risparmio del 7%, si è ulteriormente applicato un abbattimento prudentiale pari al 20% del valore del risparmio atteso. Per tale regione, in conclusione, la valorizzazione ottenuta e, successivamente, inserita nei CE programmatici appare fortemente prudentiale; è lecito attendersi, infatti, nel corso del periodo di vigenza dei presenti Programmi Operativi un risparmio superiore a quanto qui rappresentato.

Tempistiche gare di appalto

Nel corso del periodo di vigenza dei presenti Programmi Operativi si prevede l'attivazione e conclusione di procedure di gare di appalto per diverse categorie merceologiche. Per praticità si è utilizzato il criterio circa la tempistica di conclusione delle procedure di gara per raggruppare le procedure e poter definire con maggiore precisione il periodo di impatto dei risparmi che saranno ottenuti.

Inoltre, in coerenza con l'attivazione della Centrale Acquisti Regionale e il conseguente passaggio

Nello specifico si distinguono:

- gare aggiudicate;
- gare in corso di espletamento;
- gare in corso di predisposizione;
- gare da predisporre.

Si è, inoltre, proceduto a prevedere una stima del risparmio atteso in relazione alle tempistiche di indizione ed espletamento delle stesse

Già nel corso del 2012, l'ASReM si è impegnata ad eliminare i contratti relativi all'acquisto di beni e servizi a tutt'oggi in regime di proroga, dando avvio all'attività di centralizzazione ed unificazione dei contratti in essere attraverso l'espletamento di gare uniche. Pertanto, nel 2012 sono state bandite e portate a compimento all'inizio dell'anno 2013 le gare relative alle seguenti categorie merceologiche.

Gare aggiudicate				
Valori in €/000				
	<i>Importo annuo pre - aggiudicazione</i>	<i>% sconto conseguito in sede di aggiudicazione</i>	<i>Importo annuo aggiudicato</i>	<i>Impatto 2013</i>
	A	B	C=A*(1-B)	D=A-C
Farmaci ospedalieri/vaccini	27.059	15%	23.000	4.059
Medicazioni avanzate	1.273	56%	560	713
Fornitura Fluorodesossiglucosio	264	28%	190	74
Totale	28.595		23.750	4.845

Tabella 29 - Impatto economico delle gare bandite nel 2012

Nel triennio 2013-2015, considerando un abbattimento prudenziale del 20%, l'impatto complessivo delle gare bandite è stato considerato per il 30% nel 2013 e per il rimanente 70% nel 2014 di seguito riportato.

Impatto manovra - Gare aggiudicate			
Valori in €/000			
	2013	2014	2015
Gare aggiudicate	-1.454	-3.392	0
Abbattimento prudenziale del 20%	291	678	0
Manovra	-1.163	-2.713	0
Totale manovra	-3.876		

Tabella 30 - Impatto delle gare aggiudicate

Con riferimento alle gare in fase di espletamento, ossia alle gare per le quali è stata già redatta una delibera di indizione da parte del Servizio competente dell'ASReM, di seguito è riportato l'elenco delle categorie di beni e servizi interessati.

Gare in corso di espletamento
Presidi e materiale sanitario vario
Mezzi di contrasto
Medicinali in distribuzione per conto
Manutenzione attrezzature
Cancelleria
Materiale di pulizia e guardaroba
Riciclo ausili per disabili
Carta
Manutenzione autovetture di proprietà
Acquisto Toner
Contenitori per rifiuti

Tabella 31 - Gare in corso di espletamento

Pertanto, essendo il processo amministrativo di tali gare già stato avviato, si ipotizza un impatto economico nel corso dell'anno 2014. Alla stima della riduzione della relativa spesa, considerata pari al -7% nel corso del triennio di operatività dei presenti Programmi Operativi, si aggiunge un abbattimento prudenziale del 20%, arrivando a stimare un risparmio complessivo pari a -1,8 €/mln. Si riporta il dettaglio:

Impatto manovra - Gare in corso di espletamento			
Valori in €/000			
	2013	2014	2015
Gare in corso di espletamento	0	-2.280	0
Abbattimento prudenziale del 20%	0	456	0
Manovra	0	-1.824	0
Totale manovra		-1.824	

Tabella 32 - Impatto delle gare in corso di espletamento

In aggiunta, l'ASReM ha avviato, in relazione alle categorie merceologiche di seguito riportate, la fase di predisposizione del capitolato di gara, al fine di far redigere la successiva delibera di indizione.

Gare in corso di predisposizione
Consegna a domicilio ausili per diabetici
Consegna a domicilio ausili per incontinenti
Service Laboratorio Analisi e materiale di consumo
Pacemaker, Defibrillatori
Protesi ortopediche

Tabella 33 - Gare in corso di predisposizione

In considerazione del fatto che le procedure sono in fase di predisposizione, la valorizzazione del relativo impatto economico si manifesterà solo a partire dall'anno 2014. Pertanto, stimando una riduzione complessiva nel corso del triennio 2013-2015 pari al -7% e considerando un abbattimento prudenziale di un ulteriore 20%, l'effettuazione di tali procedure di gara porterà ad una riduzione complessiva di spesa stimata pari a 1,1 €/mln.

Impatto manovra - Gare in corso di predisposizione			
Valori in €/000			
	2013	2014	2015
Gare in corso di predisposizione	0	-693	-693
Abbattimento prudenziale del 20%	0	139	139
Manovra	0	-555	-555
Totale manovra		-1.110	

Tabella 34 - Impatto delle gare in corso di predisposizione

L'Azienda Sanitaria Regionale ha, inoltre, definito ulteriori procedure di gare per le quali, alla data di stesura del presente documento, ancora non ha attivato il processo amministrativo di indizione di gara, ma che sono, ad ogni modo, da predisporre entro la fine del 2014. Di seguito le categorie merceologiche interessate da tali gare.

Gare da predisporre
Materiale protesico
Ossigeno terapeutico e altri gas medicali uso ospedaliero
Pellicole RX
Prodotti dietetici
Assistenza infermieristica domiciliare
Vigilanza / cup pass
Smaltimento rifiuti
Disinfezione territoriale

Tabella 35 - Gare da predisporre

Gli effetti economici di tali manovre avranno impatto a partire dell'anno 2015. La relative stime di riduzione di spesa hanno considerato una riduzione nel corso del triennio pari al -7%, a cui si è prudenzialmente aggiunto un ulteriore abbattimento del 20%. L'impatto complessivo derivante dallo svolgimento di tali gare risulta pertanto stimato pari a 1 €/mln.

Impatto manovra - Gare da predisporre			
Valori in €/000			
Voci CE	2013	2014	2015
Gare da predisporre	0	0	-1.189
Abbattimento prudenziale del 20%	0	0	238
Manovra	0	0	-951
Totale manovra	-951		

Tabella 36 - Impatto delle gare da predisporre

Infine, l'ASReM ha individuato alcune azioni prioritarie da attivare nel triennio 2013-2015, i cui impatti si manifesteranno nel corso dell'intero arco temporale considerato. Tali azioni sono di seguito riportate:

- utilizzo centro stampa presso il P.O. di Termoli per i fabbisogni aziendali con personale ASREM;
- allocazione presso spazi e con personale dell'ASREM dell'archivio attualmente gestito all'esterno;
- limitazione, nell'ambito del servizio di lavanolo, della disinfezione alla sola biancheria infetta e riduzione dell'uso dei materassi antidecubito;
- archiviazione Cartelle Cliniche su supporto magnetico, attualmente in outsourcing, gestito da ogni Direzione Sanitaria Ospedaliera;

Utilizzando il medesimo criterio sopra adottato nel calcolo delle stime del risparmio da ottenere nel corso del triennio 2013-2015 in relazione alle procedure di gara, anche in seguito all'adozione delle azioni sopra descritte si stima un risparmio pari al -7%, abbattuto prudenzialmente di un ulteriore 20%. Pertanto, l'impatto complessivo della manovra è stimato a 0,9 €/mln.

Impatto manovra - Altre azioni da intraprendere			
Valori in €/000			
	2013	2014	2015
Gare aggiudicate	-228	-456	-456
Abbattimento prudenziale del 20%	46	91	91
Manovra	-182	-365	-365
Totale manovra	-912		

Tabella 37 - Impatto delle altre azioni da intraprendere

Centrale acquisti

Come precedente esposto, è stata prevista nel presente PO la costituzione di una Centrale Acquisti Regionale attraverso cui trasferire le funzioni gestionali e di amministrazione delle procedure di messa a bando e aggiudicazione da ASReM alla costituenda Centrale. Si stima, a fronte di questa azione, un impatto economico che porti ad una riduzione del 3% dei costi dei beni e servizi a partire di valori di Programmatico 2014, su cui si considera prudenzialmente un abbattimento del 20% del risparmio.

Impatto manovra			
Valori in €/000			
	2013	2014	2015
Attivazione centrale unica di acquisto 3%	-	0	-3.241
Abbattimento prudenziale del 20%	-	0	648
Manovra	-	0	-2.593
Totale manovra	-2.593		

Tabella 38 - Impatto della centrale unica

Programma 10: Gestione del personale

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- azioni macro di contenimento della spesa per il personale (Blocco del turn over, personale a tempo determinato. Determinazione tetti di spesa per il personale, Programmazione delle Risorse Umane e regolamento per la mobilità, ridefinizione unità operative ex art. 12 Patto per la Salute 2010-2012);
- azioni di governance sulle seguenti tematiche, anche in coerenza con le norme nazionali adottate e da adottarsi:
 - tempo indeterminato;
 - tempo determinato:
 - Misure di contenimento;
 - proroga contratti a tempo determinato del personale sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 5, D.L 158/2012.
 - sospensione conferimento/rinnovo incarichi ex art. 15-septies fino a realizzazione della riduzione dei posti letto ai sensi dell'art. 15, comma 13, lett. c), D.L 95/2012;
 - rispetto dei limiti percentuali di cui all'art. 4, comma 1, lettere e-bis) e e-ter), D.L 158/2012.
- fondi contrattuali;
 - allineamento della quota fondi pro-capite per la contrattazione integrativa alla media nazionale attraverso la ridefinizione dei fondi aziendali a seguito della ridefinizione delle dotazioni organiche e degli atti aziendali e relativa rinegoziazione sindacale;
 - invio da parte di ciascuna ASL della consistenza annuale dei fondi relativi alla contrattazione integrativa aziendale ;
 - rendiconto analitico periodico (per singola ASL e complessivo della Regione) relativo alle modalità di utilizzo dei singoli fondi aziendali;
 - situazione circa l'emanazione di linee guida regionali per uniforme applicazione disposizioni CCNL nell'ambito degli accordi integrativi aziendali e relativo monitoraggio;
 - applicazione delle disposizioni di cui all'art. 9, comma 2-bis, del D.L 78/2010 e relativa circolare MEF n. 12/2011.
- prestazioni aggiuntive;
- attività libero professionale intramuraria e monitoraggio sui volumi di attività intra-moenia in rapporto con i volumi di attività istituzionale;
- ridefinizione atti aziendali: stato su emanazione linee guida regionali e loro attuazione.
- ridefinizione dotazioni organiche (art. 2, comma 72, lett. a), L. 191/2009):
 - stato di attuazione;
 - emanazione regolamenti di mobilità del personale a seguito di ristrutturazione;
 - rispetto disposizioni di cui all'art. 1, comma 8, D.L 158/2012;
 - adeguamento dotazioni organiche dei presidi ospedalieri ai sensi dell'art. 15, comma 13, lett. c), D.L 95/2012.
- analisi costo medio del personale:
 - analisi dei dati di Conto Economico al fine di determinare l'incidenza del costo del personale (in valore percentuale) con raffronto al valore medio nazionale (riferimenti dati conto annuale tabella 5);
 - analisi sulla composizione della dotazione organica: incidenza percentuale del personale dirigente.
- dirigenza sanitaria e governo clinico:
 - provvedimenti di nomina e di risoluzione dei direttori generali, quando ne ricorrano i presupposti di legge;
 - strumenti valutazione dei dirigenti medici e sanitari.
- bilanciamento del mix comparto-dirigenza conseguente al completamento delle procedure di ridefinizione degli atti aziendali e di adeguamento delle piante organiche rispetto agli interventi di riorganizzazione e riqualificazione della rete di assistenza;
- contenimento costi apparati amministrativi (art. 6 D.L 78/2010):
 - Spese di missione (andamento e definizione obiettivo di riduzione).
 - Commissioni e altri organismi (contenimento numero, gratuità partecipazione, contenimento spese di funzionamento);
 - personale con contratti atipici e personale convenzionato;
 - consulenze (sanitarie e non sanitarie);

Intervento 10.1: Contenimento della spesa per il personale

Azione 10.1.1: Politica di blocco del turn over e politiche di contenimento della spesa di altre tipologie di personale per gli anni 2013-2015

L'ASReM potrà derogare al vigente **blocco del turn over** nei limiti delle autorizzazioni consentite e formalizzate a norma dell'art. 4 bis del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito in legge 8 novembre 2012, n.189, fermo restando il vincolo generale di spesa stabilito dall'art. 2, comma 71 della legge 23 dicembre 2009 n. 191 e successive modificazioni e integrazioni (corrispondente ammontare di spesa dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%, incrementato dei benefici per rinnovi contrattuali; nell'ammontare della spesa devono essere considerate tutte le tipologie di rapporto di lavoro e la retribuzione aggiuntiva per i docenti e l'altro personale universitario conferito in assistenza a norma del decreto legislativo n. 517 del 1999).

I processi di riorganizzazione delle strutture di offerta determineranno la disponibilità di **personale da ricollocare anche attraverso il trasferimento ad altra sede lavorativa**. L'assegnazione ad una diversa sede di lavoro, nel rispetto – se necessario – della disciplina di appartenenza, avverrà prioritariamente per:

- organizzare i servizi territoriali e le unità operative ospedaliere della rete di emergenza/urgenza (118);
- organizzare i servizi di assistenza domiciliare;
- garantire le dotazioni minime necessarie al funzionamento delle unità operative che presentino carenze sulla scorta degli indicatori di attività.

Nel rispetto della normativa contrattuale, anche di livello regionale, i criteri di destinazione del personale saranno i seguenti, per limitare i disagi connessi agli inevitabili processi di mobilità:

- assegnazione su base volontaria,
- assegnazione ai servizi ospedalieri e territoriali insistenti nel medesimo distretto della precedente sede di lavoro;
- graduatorie per tutti gli altri casi.

La ricollocazione del personale reso disponibile dalla dismissione o accorpamento di unità operative o servizi comunque denominati comporta la **correlata riduzione di rapporti di lavoro a tempo determinato** per equivalenti unità e profilo professionale. Gli altri contratti a tempo determinato possono essere prorogati, a norma dell'art. 4, comma 5, del decreto legge n.158/2012, su richiamato.

Le **dotazioni organiche** per lo svolgimento dei servizi previsti dal PSR saranno approvate dall'ASReM **entro Febbraio 2014**, in applicazione delle direttive per l'atto aziendale, approvato con decreto commissariale n. 7/2013 e del PSR 2013-2015, approvato con DCA n. 8/2013, che recano altresì i criteri per rideterminare, in applicazione dell'art. 12 del Patto per la salute 2010-2012, tuttora vigente, per quanto riguarda i dirigenti, il numero delle unità operative complesse e delle unità operative semplici, e per quanto riguarda il restante personale, il numero degli incarichi di rilievo organizzativo e di coordinamento del ruolo sanitario.

ASReM avrà cura di bilanciare il mix della forza lavoro tra personale dirigente di comparto.

Entro la stessa data di Febbraio 2014, l'ASReM verifica che la destinazione di servizio del personale sia conforme alla qualifica di appartenenza e sottopone a controllo il **personale assegnato a mansioni diverse da quelle per le quali è avvenuto il reclutamento** per verificarne il permanere delle condizioni che ne hanno legittimato la diversa destinazione di servizio.

La dotazione organica dei dirigenti deve esporre la graduazione delle posizioni, definita in applicazione dei criteri negoziati con le organizzazioni sindacali, ai fini della determinazione del valore economico di ciascuna per verificare la corretta **determinazione dei fondi contrattuali, che dovranno essere allineati alla media nazionale**. La consistenza dei fondi sarà aggiornata con specifico provvedimento dell'ASReM, prima dell'approvazione del bilancio di previsione annuale, in applicazione delle disposizioni della contrattazione collettiva nazionale e delle norme di legge in materia.

Le clausole contrattuali che consentono di trasferire a fondo incentivi i **risparmi annuali dei fondi di posizione dirigenziale** si applicano esclusivamente alle cessazioni intervenute in corso d'anno. A partire dall'esercizio 2014 non si applicheranno, quindi, ai fondi di posizione stanziati per posti della dotazione organica che non siano mai stati coperti nel corso dell'esercizio finanziario, il cui ammontare costituirà economia di bilancio fino alla copertura dei posti vacanti.

L'ASReM alla relazione di accompagnamento ai CE trimestrali (art. 6, comma 2, Intesa Stato Regioni 23 marzo 2005 n. 2271) allega **un rendiconto analitico periodico della utilizzazione dei singoli fondi** aziendali, allo scopo di verificare il rispetto della clausola che precede per quanto attiene alla retribuzione di posizione fissa e variabile e che l'ammontare dei trattamenti accessori predeterminato dall'art. 9 comma 2-bis del decreto legge n.78 del 2010, convertito in legge 122 del 2010, non sia valicato (valore contrattuale 2010 ridotto in misura proporzionale alle diminuzioni stabili di personale in servizio).

In applicazione dell'art. 2, comma 72 della legge 191 del 2009, l'ASReM – dall'esercizio 2014 – formula un programma annuale di revisione delle consistenze di personale finalizzato a ridurre i costi, sia per retribuzioni tabellari, sia per i fondi di contrattazione integrativa, qualora fossero rilevati esuberanti in relazione agli effettivi livelli di produttività dell'azienda.

È fatto **divieto** all'ASReM di **rinnovare, prorogare o conferire nuovi incarichi** dirigenziali con la procedura stabilita **dall'art. 15 septies, comma 1 e 2, del decreto legislativo n. 502 del 1992**, così come da ultimo novellato dall'art. 4, comma 1, lettere e bis ed e ter del decreto legge n. 158/2012., convertito in legge n. 189/2012. Successivamente alla messa a regime della nuova rete ospedaliera con la riduzione dei posti letto come da PSR 2013-2015, l'azienda sanitaria potrà – ove ne ricorresse la necessità – conferire incarichi ex art. 15 septies, comma 2, con esclusione per i direttori e dirigenti dell'area medico veterinaria. È vietato all'ASReM conferire incarichi ex comma 1 dell'art. 15 septies per coprire posizioni dirigenziali previste come ordinarie dalla dotazione organica.

La regione emanerà entro il Febbraio 2014 **le linee generali di indirizzo in materia di contrattazione collettiva integrativa** dell'ASReM (art. 9 contratti collettivi nazionali 3 novembre 2005) e le linee guida per la regolamentazione dell'esercizio della **libera professione intramuraria**, in applicazione della legge 120 del 2007 e successive modificazioni ed integrazioni.

L'ASReM riforma entro il Giugno 2014 (vedi tabella pagina successiva) i contratti collettivi integrativi di lavoro; Per quanto concerne i dirigenti regola i criteri di **valutazione permanente (annuale e di fine incarico) dei dirigenti**, sia ai fini della corresponsione della retribuzione variabile di risultato, sia ai fini della conferma dell'incarico o di destinazione ad altro incarico. Per tutto il personale vanno stabiliti criteri obiettivi di differenziazione della retribuzione variabile di produttività, comunque denominata, in base agli apporti individuali ai risultati complessivi dell'unità operativa di appartenenza.

L'ASReM procede entro Giugno 2014 a **verificare l'applicazione dell'art. 6 del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78**, convertito in legge 30 luglio 2010 (costi degli apparati amministrativi, riferendo nella nota di accomunamento del CE del II trimestre).

Per il triennio di attività dei presenti Programmi Operativi si prevede che la manovra relativa al blocco del turnover permetta un risparmio complessivo di circa 13,3 €/mln, comprensivo del trascinamento della manovra 2012, di 0,8 €/mln risparmio sull'IRAP e di 2,6 €/mln per cessazioni dei Responsabili UOC a seguito dell'integrazione Cardarelli - Fondazione (come meglio evidenziato nella valorizzazione). Prudenzialmente, inoltre, non si è proceduto alla valorizzazione dei risparmi derivanti dalla riduzione di spesa per il personale a tempo determinato.

INDICATORI	
Risultati programmatici	
Ricollocamento del personale reso disponibile dalle dismissioni e accorpamenti di unità operative e correlata riduzione del personale a tempo determinato	
Approvazione della nuova dotazione organica con rideterminazione delle unità operative complesse e semplici, delle posizioni organizzative di grande rilievo e degli incarichi di coordinamento sanitario in applicazione dei criteri approvati in Conferenza Stato Regioni	
Riduzione dei costi complessivi del personale	
Riforma dei contratti integrativi aziendali.	
Indicatori di risultato	Tempistica
Emanazione delle linee generali di indirizzo in materia di contrattazione collettiva integrativa dell'ASReM	Febbraio 2014
Emanazione delle linee guida per la regolamentazione dell'esercizio della libera professione intramuraria	Febbraio 2014
Approvazione criteri di selezione e valutazione del Direttore Generale ASReM	Febbraio 2014
Riforma dei contratti collettivi integrativi di lavoro	Giugno 2014
Verifica applicazione dell'art. 6 del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78	Febbraio 2014
Applicazione del blocco del <i>turnover</i>	Febbraio 2014
Invio alla Regione delle Tabelle 5 e 6 del Conto Annuale ISTAT con cadenza trimestrale	Febbraio 2014
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
Blocco del Turn Over	13,3 €/mln
Riduzione IRAP	0,8 €/mln
Stima cessazioni Responsabili UOC per integrazione Cardarelli – Fondazione	2,6 €/mln
TOTALE	16,7 €/mln

Valorizzazione Programma 10: Gestione del personale

Riepilogo impatti manovra nel triennio						
Valori in €/000						
Azione	Ambito intervento	Voci CE	2013*	2014	2015	Totale
10.1.1	Gestione personale	Stima cessazioni	-2.522	-2.121	-3.253	-7.896
		Diminuzione IRAP da cessazioni	-165	-76	-109	-351
		Altri interventi amministrativi	-3.016	-2.185	-243	-5.444
		Diminuzione IRAP da altri interventi amministrativi	-256	-186	-21	-463
		Stima cessazioni Responsabili UOC	0	-850	-1.700	-2.550
Totale manovre annuali			-5.961	-5.418	-5.325	-16.703

* Dati derivanti da allegato 2 - stima risparmi pro rata al 30.09.2013

Tabella 39 - Impatto manovra su personale

Intervento 10.1: Gestione del personale

Azioni 10.1.1: Politica di blocco del turn over e politiche di contenimento della spesa di altre tipologie di personale per gli anni 2013-2015

Relativamente alla valorizzazione economica dell'azione sul personale ai fini del calcolo delle cessazioni dal servizio degli anni 2012-2015, si rappresenta che il calcolo effettuato nella bozza regionale dei Programmi Operativi 2013-2015 non risulta attendibile in quanto non valutati due elementi fondamentali:

- Avvenuta applicazione a n° 74 dirigenti ASReM negli anni 2010, 2011, 2012 dell'istituto della risoluzione consensuale.
- Mutato quadro normativo in materia pensionistica ex Legge 214/2011, che ha indotto un numero superiore alla media di dipendenti a richiedere il collocamento in pensione prima dell'entrata in vigore della suindicata nuova normativa più restrittiva.

Per la determinazione dei valori relativi all'anno 2013 si è fatto riferimento al numero delle cessazioni al 30.09.2013. Al fine di costruire un dato previsionale delle cessazioni dal servizio per gli anni 2014 e 2015 si è proceduto ad acquisire istanze di disponibilità alla cessazione da parte dei dipendenti interessati. Agli anni in oggetto è stata, poi, sommata una media dei cessati nel triennio precedente per altre causali (decessi, mobilità e inidoneità permanente ad attività lavorativa). In base a tali dati è stata predisposta la seguente tabella di previsione.

Stima cessazioni da rilevazione ASReM			
Unità di personale			
Tipologia	2013*	2014	2015
Dirigenti medici	14	9	28
Dirigenti non medici	1	3	1
Comparto	46	32	60
Totale cessazioni stimate	61	44	89

* Dati derivanti da allegato 2 - stima risparmi pro rata al 30.09.2013

Tabella 40 - Stima cessazioni nel triennio (2013-2015) da specifica rilevazione aziendale

Ai fini della valorizzazione della manovra sono stati utilizzati i dati di stima dei risparmi pro rata 2012/2013 e 2013/2013 derivanti dalle cessazioni al 30.09.2013. Nella seguente tabella si riportano i suddetti valori di stima.

Impatto manovra Cessazioni			
Valori in €/000			
	2013*	2014	2015
Valorizzazione 2012 su 2013	-1.732	-	-
Valorizzazione 2013	-1.421	-1.421	-
Valorizzazione 2014	-	-1.230	-1.230
Valorizzazione 2015	-	-	-2.836
Totale valorizzazione annuale	-3.153	-2.651	-4.066
Abbattimento prudenziale del 20%	631	530	813
Manovra	-2.522	-2.121	-3.253
Totale manovra			
-7.896			

* Dati derivanti da allegato 2 - stima risparmi pro rata al 30.09.2013

Tabella 41 - Impatto manovra da cessazioni di personale

Si è poi proceduto, in via prudenziale, ad un abbattimento del 20% del valore atteso della manovra. Si precisa che, la valorizzazione non tiene conto di eventuali assunzioni nel triennio (2013-2015), delle decurtazioni da apportare ai fondi contrattuali ex art.9 comma 2 bis L.122/2010.

La manovra sul personale avrà effetti anche sul costo sostenuto per l'IRAP, applicando l'aliquota di imposta pari all'8,50% sul risparmio potenziale derivante dalle azioni esposte nella presente tabella.

Impatto manovra IRAP delle cessazioni			
Valori in €/000			
	2013	2014	2015
Valorizzazione cessazioni 2012 su 2013	-112	-	-
Valorizzazione annua	-94	-95	-136
Totale valorizzazione annuale	-207	-95	-136
Abbattimento prudenziale del 20%	41	19	27
Manovra	-165	-76	-109
Totale manovra			
-351			

* Dati derivanti da allegato 2 - stima risparmi pro rata al 30.09.2013

Tabella 42 - Impatto manovra IRAP da cessazioni

Oltre alle valorizzazioni derivanti dalle cessazioni devono essere considerate anche quelle correlate:

- all'applicazione dell'istituto della risoluzione consensuale negli anni 2010-2012;
- all'azzeramento dei contratti di somministrazione lavoro interinale;

Si riporta il dettaglio nella successiva tabella.

Impatto manovra da altri atti amministrativi			
Valori in €/000			
	2013	2014	2015
Economie anno 2013 conseguenti all'applicazione dell' Istituto della risoluzione consensuale	-2.683		
Stima economie da azzeramento contratti di somministrazione lavoro interinale rispetto alla spesa anno 2012 (dati da Bilancio)	-333		
Economie anno 2014 conseguenti all'applicazione dell' Istituto della risoluzione consensuale		-2.185	
Economie anno 2015 conseguenti all'applicazione dell' Istituto della risoluzione consensuale			-243
Totale manovra	-3.016	-2.185	-243
Totale manovra	-5.444		

Tabella 43 - Impatto manovra da altri atti amministrativi

Inoltre, conseguentemente all'applicazione delle manovre precedentemente indicate e derivanti da altri atti amministrativi si prevede una ulteriore riduzione degli oneri IRAP. Nel dettaglio.

Impatto manovra IRAP da altri interventi amministrativi			
Valori in €/000			
	2013	2014	2015
Valorizzazione cessazioni 2012 su 2013	-256	-186	-21
Totale valorizzazione annuale	-256	-186	-21
Totale manovra	-463		

Tabella 44 - Impatto manovra IRAP da altri atti amministrativi

In aggiunta alle manovre sopra considerate, si prevede un'ulteriore manovra che impatta sul personale, derivante dalla riorganizzazione dell'ASReM, e più in particolare dalla revisione del numero e della tipologia delle unità operative aziendali, e dalla disattivazione dei posti letto delle strutture pubbliche. Per il dettaglio del numero complessivo delle unità operative che andranno a formare la nuova struttura dell'ASReM si rimanda all' Azione 14.4.1: Riordino unità operative.

In sintesi, a seguito della riorganizzazione delle unità operative si prevede la soppressione di 45 unità operative complesse rispetto alla dotazione dell'anno 2013, di queste circa 34 subiranno una conversione in unità operative a valenza dipartimentale o in unità operative semplice, mentre 10 UOC saranno definitivamente disattivate (vedi Figura 4). Tale fenomeno produrrà sicuramente un risparmio imputabile, in larga parte, alle voci di spesa relative alla retribuzione di posizione dei dirigenti medici e agli oneri connessi. Tuttavia, al fine di mantenere un approccio prudentiale non si è proceduto alla valorizzazione dei risparmi derivanti dal passaggio da unità operative complesse ad altre tipologie di unità operative, ma si è solo proceduto alla valorizzazione dei risparmi derivanti dalle soppressioni.

Macro area OSPEDALIERA

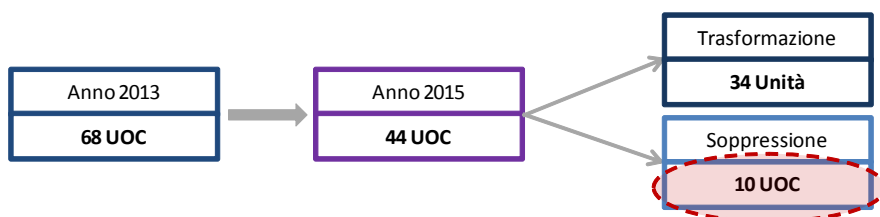


Figura 4 - Riorganizzazione unità operative SSR

Si stima, pertanto, un risparmio complessivo nell'arco del triennio oggetto del presente Piano Operativo pari a 2,6 €/mln, che inizierà ad avere impatto già a partire dalla seconda metà del 2014.

Impatto manovra Cessazioni Responsabili UOC			
Valori in €/000			
	2013	2014	2015
Stima cessazioni Responsabili UOC	-	-850	-1.700
Totale manovra	-2.550		

Tabella 45 - Impatto manovra cessazioni responsabili UOC

Collegando le valorizzazioni fin qui riportate si prevede per il triennio di operatività dei presenti Programmi Operativi una manovra complessiva sul personale di circa **16,7 €/mln** così come riportato nel quadro sinottico sottostante.

Riepilogo impatti manovra nel triennio						
Valori in €/000						
Azione	Ambito intervento	Voci CE	2013*	2014	2015	Totale
10.1.1	Gestione personale	Stima cessazioni	-2.522	-2.121	-3.253	-7.896
		Diminuzione IRAP da cessazioni	-165	-76	-109	-351
		Altri interventi amministrativi	-3.016	-2.185	-243	-5.444
		Diminuzione IRAP da altri interventi amministrativi	-256	-186	-21	-463
		Stima cessazioni Responsabili UOC per integrazione Cardarelli Fondazione	0	-850	-1.700	-2.550
Totale manovre annuali			-5.961	-5.418	-5.325	-16.703

Tabella 46 - Impatto manovra su personale

4. Area “Livelli Essenziali di assistenza”

4.1. “Prevenzione”

Programma 11: Sanità pubblica

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- azioni coerenti con il Programma nazionale di Prevenzione;
- qualificazione dei Programmi di screening (oncologici, malattie infettive, etc.) e adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali;
- prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro.

Intervento 11.1: Attività di prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare

L'area della Prevenzione collettiva rappresenta un settore strategico per consentire al sistema sanitario regionale di conseguire stabilmente, nel medio lungo periodo, quegli obiettivi di riduzione dei costi complessivi del servizio garantendo efficienza ed efficacia nell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza.

Si tratta di un assunto ben presente nelle politiche regionali, che ha ispirato anche la redazione degli ultimi due Piani sanitari regionali, e che trova esplicita conferma nei documenti programmatici sulla sanità prodotti sia a livello nazionale che internazionale. Si richiamano, in particolare, tra i documenti più recenti, Il Trattato di riforma dell'Unione Europea, approvato a Lisbona il 19 ottobre 2007 e lo Schema di Piano Sanitario nazionale 2011–2013.

Con il presente Programma Operativo si definiscono gli obiettivi organizzativi e di risultato che il Sistema Sanitario regionale deve raggiungere per dare concreta attuazione alle linee strategiche sopra enunciate. In particolare gli obiettivi appresso esplicitati devono servire a:

- costruire anche a livello regionale i presupposti organizzativi e strutturali per mettere la Regione in condizione di operare in linea con le scelte strategiche europee e nazionali di potenziamento delle attività di prevenzione;
- sviluppare e diffondere tra i cittadini una cultura della prevenzione, anche per ridurre la necessità (e contenere l'abitudine) del ricorso alle strutture ospedaliere per affrontare i problemi di salute;
- garantire l'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie previste dai Livelli essenziali di assistenza;
- consolidare e sviluppare gli obiettivi del PSR approvato con DCA n. 8/2013.

I Programmi Operativi 2011–2012, approvati con DCA n. 80/2011, si sono conclusi a dicembre 2012 con un bilancio nel campo della Prevenzione parzialmente positivo: infatti non tutti i risultati programmati sono stati raggiunti, ma soprattutto non è stato portato a termine il percorso di riorganizzazione del Dipartimento.

Si riporta di seguito una sintesi dei risultati dei PO 2011–2012.

Con riferimento alle azioni di responsabilità della Regione sono stati definiti i seguenti atti:

- nuovo Piano di controllo dei residui dei prodotti fitosanitari: DGR 21 mar 2011, n. 157 (attualmente alla firma del Commissario);
- avvio dell'attività di auditing presso i Servizi territoriali: DCA 31 Maggio 2012, n. 18;
- il Piano Audit è partito nell'anno solare 2012, svolti n. 4 Audit nell'anno solare 2012;

- certificazione degli obiettivi del Piano regionale della Prevenzione da parte del Ministero della Salute: certificazione per il 2011 pervenuta con nota MinSal DG Prev, Uff. IX, 25 Luglio 2012 (prot. 11061/2012); in attesa di certificazione per il 2012 (trasmissione dati con nota DG Salute 4478 25 mar 2013 a mezzo PEC del Servizio);
- attivazione della nuova anagrafe canina regionale operante su internet entro il 31 maggio 2012: DGR 20 Maggio 2011, n. 339, validata con DCA 19 Luglio 2012, n. 33, riapprovata con DCA 9 Ottobre 2012, n. 47. Con l'approvazione del nuovo Piano triennale per il randagismo (DGR n. 806/2012) è stato programmato un ulteriore potenziamento dell'anagrafe, già per buona parte realizzato dall'Istituto Zooprofilattico di Abruzzo e Molise.

Per quanto concerne le azioni di responsabilità dell'ASReM, sono stati prodotti i seguenti atti:

- attivazione del dipartimento unico della Prevenzione: solo parzialmente, con atti del Direttore generale: n. 1336/2011, n. 638/2012, n. 670/2012, n. 10/2013, n. 856/2013 e n. 1033/2013. Nessuno di questi atti è stato validato dalla struttura commissariale. Di fatto non si è pervenuti neanche alla soppressione delle Unità Operative rimaste vacanti;
- implementazione della banca dati del sistema informativo integrato della sicurezza alimentare;
- aggiornamento dei dati delle aziende presenti nella Banca Dati Nazionale zootecnica (BDN);
- completamento del progetto formativo approvato con DGR n. 552/2010.

Appare della massima importanza indirizzare i nuovi Programmi Operativi verso la realizzazione di un assetto organizzativo che consenta il consolidamento e l'implementazione delle attività di prevenzione sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo e di efficienza del sistema.

Le azioni di seguito individuate tengono conto dello "stato dell'arte" raggiunto nel processo di riorganizzazione avviato, come del percorso compiuto rispetto alle previsioni dei precedenti documenti di programmazione sanitaria regionale.

Azione 11.1.1: Riorganizzazione del Dipartimento Unico di Prevenzione

Il Dipartimento unico della Prevenzione (DIP), deve essere articolato nelle strutture organizzative previste all'art. 7quater del d.lgs. n. 502/92 per lo svolgimento delle funzioni indicate all'art. 7ter dello stesso decreto legislativo. Nel dettaglio:

- igiene e sanità pubblica;
- igiene degli alimenti e della nutrizione;
- prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- sanità animale;
- igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

La Direzione Generale dell'ASReM adotterà tutti i provvedimenti utili a completare, entro i tempi previsti dai presenti Programmi Operativi, la riorganizzazione attesa e rendere più efficace ed efficiente l'erogazione dei LEA della macro-area della prevenzione sul territorio, rimuovendo le criticità operative che tuttora esistono. A tale proposito si rimanda all'Azione 14.3.1: Riassetto della rete territoriale dei servizi per il dettaglio della strutturazione del DIP e il suo inquadramento all'interno della nuova strutturazione ASReM.

Azione 11.1.2: Sistema informativo per le attività di prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare

Si ritiene necessario, viste le indicazioni contenute nel PSR 2013-2015, ricondurre ad unitarietà i flussi informativi esistenti, articolando e distinguendo tra le informazioni necessarie al governo della prevenzione (la

mappatura dei rischi e dei problemi di salute, la scelta delle priorità, le valutazioni di impatto) e quelle necessarie all'esercizio della prevenzione (la documentazione di attività).

Un sistema informativo adeguato è un supporto indispensabile per la gestione delle materie della Prevenzione, come pure per soddisfare i debiti informativi degli Adempimenti LEA; il potenziamento dei flussi informativi rappresenta pertanto uno dei principali obiettivi dell'area della Prevenzione da conseguire con il presente Programma Operativo. Alla luce delle criticità riscontrate in questi anni, si definiscono di seguito gli obiettivi da perseguire ed i soggetti coinvolti:

- aggiornamento delle procedure relative ai flussi informativi di igiene pubblica, sicurezza sul lavoro e prevenzione;
- implementazione dei flussi informativi igiene pubblica e sicurezza sul lavoro;
- miglioramento della tempestività e della qualità dei flussi trasmessi.

In particolare la Molise Dati dovrà apportare le necessarie modifiche ai sistemi già attivati ed eventualmente attivarne di nuovi, sulla base delle indicazioni dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione ASReM e dei Servizi regionali di Prevenzione e del Sistema informativo sanitario.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Implementazione flussi di igiene pubblica e sicurezza	
Indicatori di risultato	Tempistica
Definizione procedure operative per ciascun flusso	Marzo 2014
Valutazione positiva nell'ambito degli adempimento LEA	Marzo 2014
Erogazione dei LEA: punteggio pieno per tutti i parametri relativi alla Prevenzione contenuti nella Griglia LEA e nell'Allegato 3 relativo ai Debiti informativi con l'U.E. per la Sanità veterinaria e gli Alimenti	Marzo 2014
Implementazione dei flussi informativi di Igiene Pubblica e della Sicurezza sul lavoro	Marzo 2014
Responsabile del procedimento attuativo	
Servizio Prevenzione - Veterinaria e Sicurezza Alimentare	
Ufficio SIS della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Azione 11.1.3: Attivazione degli sportelli unici della prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare

Nell'ambito del dipartimento unico di prevenzione dovranno essere attivate, così come stabilito dal PSR 2013-2015, anche due Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale (UOSD), per quelle attività che richiedono una gestione unitaria a supporto del ruolo di programmazione e coordinamento, o a supporto dell'attività svolta sul territorio:

- UOSD "Servizi amministrativi e sottosistema informativo della Prevenzione";
- UOSD "Epidemiologia e comunicazione".

In particolare, la UOSD "Servizi amministrativi e sottosistema informativo della Prevenzione" svolgerà tutte le funzioni di tipo amministrativo di supporto alle attività sanitarie, quali la gestione delle banche dati (sistema informativo della prevenzione, anagrafe zootecnica, anagrafe vaccinale informatizzata, anagrafe delle strutture sottoposte a vigilanza, gestione delle prestazioni medico-legali e fiscali ecc.), alla negoziazione del budget della prevenzione e al relativo controllo di gestione, alle attività di medicina legale per il riconoscimento delle invalidità civile. A questa UOSD faranno capo gli Sportelli della prevenzione, da attivare presso ciascun distretto come interfaccia con gli utenti, al fine di garantire l'erogazione delle attività e delle prestazioni (sia comprese nei LEA sia a carico dell'utenza) a cittadini, imprese, amministrazioni.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Istituzione degli sportelli della prevenzione presso ciascun distretto	
Indicatori di risultato	Tempistica
Attivazione Sportelli prevenzione di Campobasso, Isernia e Termoli	Marzo 2014
Responsabile del procedimento attuativo	
Servizio Prevenzione - Veterinaria e Sicurezza Alimentare	
DG ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Azione 11.1.4: Predisposizione e attuazione del Piano Regionale di Prevenzione

Con D.G.R. 30 dicembre 2010, n. 1101, la Regione Molise ha approvato il Piano regionale della Prevenzione per il triennio 2010–2012, in attuazione dell'Intesa tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano del 29 aprile 2010 concernente il Piano Nazionale della Prevenzione relativo al triennio 2010-2012.

Con Accordo Stato – Regioni del 7 febbraio 2013 si è provveduto ad estendere all'anno 2013 la vigenza del Piano nazionale della prevenzione 2010 -2012 ed al contempo a confermare il vincolo della certificazione ai fini dell'accesso al finanziamento previsto dagli Obiettivi di piano, oltre che a confermare, per l'annualità 2013, il sistema di valutazione dei Piani regionali di prevenzione (PRP) di cui all'Intesa Stato – Regioni 10 febbraio 2011.

La Regione Molise con DRG 15 luglio 213 n. 337 ha provveduto a recepire il citato Accordo Stato – Regioni del 7 febbraio 2013 e a fornire le indicazioni operative per l'attuazione nell'ottica del consolidamento dei risultati raggiunti, ovvero del raggiungimento degli obiettivi attesi al 31 dicembre 2012 e non conseguiti, senza avviare nuove azioni; del resto, questo sembra essere l'orientamento assolutamente prevalente emerso in seno al Coordinamento Interregionale della Prevenzione, attualmente coordinato dalla Regione Veneto.

Con riferimento al Piano Nazionale della Prevenzione di prossima approvazione, si evidenzia la prospettiva durata quinquennale del Piano per il periodo 2014–2018. Attualmente non è dato sapere se verranno riproposte le quattro macroaree di intervento già individuate con il PNP 2010–2012 oppure verranno adottati altri criteri identificativi degli obiettivi di salute da perseguire. In ogni caso, sicuramente il Molise programmerà in armonia alle azioni già sviluppate in seno ai precedenti Piani regionali, secondo gli "assi" già delineati dall'Intesa 23 marzo 2005 e 29 aprile 2010.

In attesa dell'approvazione del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione, verranno implementate quelle azioni che meglio riflettono le esigenze di prevenzione sanitaria in rapporto alle caratteristiche demografiche e socio epidemiologiche della popolazione regionale:

- malattie del cuore;
- vaccinazioni;
- screening (oncologici, prenatali e neonatali);
- prevenzione Incidenti sul lavoro (Edilizia–Agricoltura), in ambito domestico, stradali
- diabete;
- patologia dell'Alimentazione e contrasto all'obesità;
- veterinaria e Sicurezza alimentare;
- malattie neurologiche e neurodegenerative;
- malattie Infettive con particolare riguardo a HIV e TBC;

- prevenzione infezioni correlate all'assistenza sanitaria;
- sorveglianze epidemiologiche e miglioramento procedure flussi informativi.

Gli obiettivi di salute annuali e pluriennali e relativi indici di valutazione verranno definiti in conformità ai contenuti delle Intese approvative del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione.

A seguito dell'emanazione del nuovo Piano Nazionale 2014–2018, nella stesura delle procedure delle misure del Piano Regionale si terrà conto della necessità di superare talune criticità emerse nello svolgimento del Piano regionale 2010–2012, in particolare nel settore degli screening. Si tratta nello specifico di prevedere azioni mirate alla promozione e alla conoscenza degli stessi screening, finalizzate ad aumentare il tasso di adesione della popolazione target e a favorire il completamento dei percorsi diagnostici previsti, nell'ottica di una migliore erogazione delle prestazioni sanitarie, ma anche per ottenere informazioni di ritorno più efficaci ai fini del monitoraggio epidemiologico della situazione sanitaria regionale.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Attuazione del Piano della prevenzione	
Indicatori di risultato	Tempistica
Indicazione valore atteso obiettivi PRP 2010-2012	Dicembre 2013
Emanazione del Piano Regionale della prevenzione 2014–2018	Entro 3 mesi dall'emanazione del nuovo Piano di Prevenzione Nazionale
Predisposizione linee guida attuative per l'ASReM e formalizzazione indirizzi regionali all'azienda per l'attuazione del Piano Regionale di Prevenzione	Entro 3 mesi dall'emanazione del nuovo Piano di Prevenzione Nazionale
ASReM: Raggiungimento degli obiettivi fissati dalla Regione	31 marzo, 30 giugno, 30 settembre di ogni anno
Miglioramento degli indicatori di estensione (teorica e corretta) ed adesione per gli screening oncologici compresi nei LEA	Dicembre di ogni anno
Redazione report annuali dei sistemi di sorveglianza epidemiologica su malattie infettive e vaccinazioni, stili di <i>survey screening</i> oncologici e registri tumori	Dicembre di ogni anno
Responsabile del procedimento attuativo	
Servizio Prevenzione - Veterinaria e Sicurezza Alimentare della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Intervento 11.2: Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro

La Conferenza Stato-Regioni, in data 1 agosto 2007, ha sottoscritto un accordo denominato “Patto per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”, reso esecutivo con il DPCM 17 dicembre 2007, che ha fissato gli obiettivi strategici diretti a razionalizzare gli interventi di prevenzione nei luoghi di lavoro.

Il Coordinamento Tecnico Interregionale ha definito gli indicatori per la verifica del raggiungimento degli obiettivi regionali:

- percentuale di copertura del 5% delle unità produttive regionali da ispezionare, calcolandolo a partire dal numero di PAT regionale, con almeno n. 1 dipendente o equiparato;
- il numero degli interventi ispettivi da effettuare in ogni Regione tiene conto della percentuale delle PAT presenti nella Regione, con almeno un dipendente o equiparato, rispetto a quelle presenti nel territorio nazionale. Il numero degli interventi ispettivi complessivamente effettuati si ottiene sommando i risultati delle voci riportate nelle schede della sopraccitata rilevazione: n. sopralluoghi complessivamente effettuati

in cantieri – prima visita, rivedita, sopralluogo per dissequestro, etc, n. sopralluoghi complessivamente effettuati in aziende agricole, n. sopralluoghi complessivamente effettuati in aziende.

Azione 11.2.1: Attuazione Piani Regionali di Sicurezza negli ambienti di Lavoro da parte di ASReM

La Regione Molise, a partire dal 2007, ha provveduto ad adottare piani specifici e a implementare azioni finalizzate al raggiungimento di standard minimi definiti a livello nazionale ed al potenziamento delle attività di iniziativa dei Servizi pubblici, privilegiando la programmazione di piani di intervento strutturati ed a valenza territoriale ampia.

La Regione ha approvato i seguenti piani di vigilanza e controllo:

- Piano regionale di prevenzione in agricoltura e selvicoltura DGR 29 Dicembre 2011, n. 927;
- Piano regionale di prevenzione in edilizia DGR 1 Febbraio 2011, n. 10;
- Piano regionale di formazione di personale operativo per la prevenzione in agricoltura DGR 14 Giugno 2011, n. 440.

Il Gruppo Operativo Regionale, istituito con DPGR n. 27 dell'8 Febbraio 2012, è l'organo deputato al monitoraggio dei piani di vigilanza sopra indicati, in coordinamento con gli altri soggetti istituzionali coinvolti.

Gli obiettivi per il triennio 2013–2015 sono:

- predisposizione di un sistema di monitoraggio delle progettualità aziendali in attuazione del Piano Straordinario di Vigilanza e dei relativi indicatori di risultato;
- condivisione periodica degli esiti dei monitoraggi mediante la produzione di un report trimestrale e riunione periodiche del Gruppo di lavoro Regione ASReM.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Attuazione del Piano straordinario di Vigilanza	
Indicatori di risultato	Tempistica
Raggiungimento degli obiettivi previsti dai piani di vigilanza e controllo	Dicembre di ogni anno
Responsabile del procedimento attuativo	
Servizio Prevenzione - Veterinaria e Sicurezza Alimentare	
DG ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Programma 12: Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- riorganizzazione e riqualificazione del “nodo” regionale;
- coerenza delle linee di attività programmate a livello regionale con quelle riportate nel Piano Nazionale Integrato 2011–2014;
- definizione di un piano regionale integrato dei controlli ufficiali, ovvero il suo eventuale aggiornamento con tutte le linee di attività previste dalla pianificazione nazionale;
- assegnazione di obiettivi al Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria Locale (ASReM), con ribaltamento a cascata su tutta la struttura operativa;
- adozione e attuazione di un sistema di audit sulle Autorità Competenti, nonché implementazione di piano di formazione per le stesse, che investa tutti gli attori del controllo ufficiale, sul pacchetto igiene.

Intervento 12.1: Sanità pubblica veterinaria e Sicurezza alimentare

Nella realtà molisana la sicurezza alimentare e specialmente il comparto agro-zootecnico rivestono notevole importanza economica e sociale soprattutto nelle zone interne che presentano uno scarso sviluppo industriale e una orografia disagiata, prevalentemente montana. In tali zone sono stati preservati alcuni prodotti tradizionali che trovano spazio nella dodicesima versione dell’elenco aggiornato dei prodotti agroalimentari tradizionali del Ministero delle Politiche Agricole (DDG 7/6/2012). Inoltre in regione è presente una importante filiera avicola (che rappresenta il 2,5-3% dell’intero comparto nazionale) costituita da oltre 200 allevamenti con un numero variabile di capi da 5.000 a 25.000. Sono presenti 45.000 capi bovini distribuiti in più di 2.800 allevamenti (di cui circa 1600 con più di 5 capi), 91.000 capi ovicaprini distribuiti in quasi 3.700 aziende e 24.000 suini in 2.000 allevamenti. Questo comparto alimenta il mercato locale e delle regioni limitrofe e costituisce un presidio ambientale del territorio¹. L’industria alimentare è presente con impianti di notevole rilevanza nel comparto lattiero caseario, della trasformazione delle carni e della pesca con un numero di impianti pari a 213 riconosciuti (48 mattatoi, 16 sezionamenti carni, 42 stabilimenti di trasformazione delle carni e preparazioni di carni, 11 per prodotti della pesca e molluschi, 81 caseifici). La regione inoltre si distingue anche per nicchie di produzione agro-zootecnica di pregio e qualità, quali per esempio l’allevamento di bovini ed ovini al pascolo montano (*transumanza*) e l’allevamento del bovino marchigiano, razza da carne allevata da sempre con sistemi eco-compatibili.

Nel corso degli ultimi anni la sanità pubblica veterinaria e la sicurezza alimentare hanno visto il succedersi di diversi documenti programmatori regionali tesi a conformare l’attività di controllo agli *standards* europei ed in particolare al regolamento n. 882/2004. Alla luce della loro applicazione e dell’esperienza acquisita, tali atti necessitano una revisione ed adeguamento alla realtà molisana, alle osservazioni avanzate con diversi documenti del Ministero della salute, al progetto di Dipartimento Unico della Prevenzione, ai diversi provvedimenti di semplificazione burocratico amministrativa che sono stati emanati dal governo centrale.

Con la DGR 30 dicembre 2009 n. 1303 è stato approvato il primo Piano pluriennale integrato dei controlli ufficiali degli alimenti ai sensi del Reg. CE n. 882/2004. Con la stessa deliberazione, tra l’altro, è stata attivata la Banca dati delle imprese alimentari, realizzata dall’Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell’Abruzzo e del Molise, per la registrazione delle imprese soggette a controlli e per l’informatizzazione dei dati dell’attività di controllo svolta.

Con il DCA 27 giugno 2013, n. 20, che tiene conto delle osservazioni dei Ministeri affiancanti, è stato approvato il nuovo Piano pluriennale integrato dei controlli ufficiali degli alimenti, ai sensi del Reg. CE n. 882/2004.

L’attivazione del Dipartimento Unico di Prevenzione, di cui al Programma 11 del presente Programma Operativo, consentirà al sistema di controllo della sanità pubblica veterinaria e della sicurezza alimentare, nella

¹ I dati (arrotondati) sono tratti dalla finzione “statistiche” del portale dell’IZS di Teramo e sono aggiornati al 30 settembre 2012

sua articolazione territoriale, una migliore integrazione dei Servizi Veterinari, superando la vecchia articolazione dei Dipartimenti della Prevenzione secondo gli ambiti territoriali.

La riorganizzazione del Dipartimento e l'implementazione dei sistemi informativi permetteranno di superare l'obsoleta differenziazione organizzativa a favore di nuova organizzazione che si tradurrà automaticamente a livello aziendale con benefici in termini razionalizzazione delle risorse, univocità delle prestazioni, multidisciplinarietà. In seguito a tale riorganizzazione saranno assegnati obiettivi al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale (ASReM), con ribaltamento a cascata su tutta la struttura operativa.

Azione 12.1.1: Riorganizzazione del Dipartimento per la Sanità Veterinaria e definizione del Piano Regionale Integrato dei controlli ufficiali degli alimenti

La Regione ha predisposto un aggiornamento del Piano Regionale Integrato dei Controlli Ufficiali degli alimenti alla luce dei pareri Ministeriali.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Aggiornamento del Piano Regionale Integrato dei Controlli Ufficiali degli alimenti	
Indicatori di risultato	Tempistica
Aggiornamento annuale del Piano Regionale Integrato dei Controlli Ufficiali degli alimenti	DCA 20/2013 validato (parere SiVeAS prot. 218P/2013)
Manuale Operativo per le attività Pianificate in Sanità animale	DCA 29/2013 (prot. SiVeAS 216A/2013, in istruttoria)
Responsabile del procedimento attuativo	
Servizio della Prevenzione - Veterinaria e Sicurezza Alimentare	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Azione 12.1.2: Completamento del percorso propedeutico alla certificazione ISO 9001:2008 delle strutture regionali e territoriali del Servizio Sanitario operanti in materia di Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

Con DCA 27 giugno 2013 n. 21 la Regione ha recepito l'Accordo Stato – Regioni del 7 febbraio 2013 “Linee guida per il funzionamento e il miglioramento delle attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della Salute, delle Regioni e Province Autonome e delle AASSLL in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria (Rep. Atti n. 46/CSR)”. Nel mese di settembre 2013, anche in attuazione dell'Accordo citato, è stato completato il piano formativo del personale del Servizio regionale con il conseguimento della qualifica di Auditor ISO 9001 per il settore sanità, e la programmazione, in collaborazione con l'Istituto Zooprofilattico, di 5 Audit l'anno presso le Unità operative del Dipartimento ASReM. Nel corso di validità dei presenti PO è prevista la predisposizione delle procedure operative del Servizio per l'esecuzione degli AUDIT e per la gestione delle attività, nella prospettiva dell'accreditamento dello stesso Servizio.

Anche a livello ASReM è prevista la prosecuzione delle attività di formazione incentrate sull'adozione e lo sviluppo di sistemi di Audit. Già per il 2013 è stato dato l'obiettivo di attivare un'attività formativa mirata alla formazione di un primo gruppo di operatori, sia medici che veterinari che tecnici della prevenzione e vigili sanitari, per ottenere la qualifica di Auditor per il settore sanità; di almeno 30 operatori dei SIAN e dei Servizi veterinari ASReM. A tal fine saranno definite specifiche procedure ASREM indirizzate all'adeguamento delle procedure di AUDIT alla normativa ISO 9001:2008 e del regolamento CE 882/2004. L'attuazione degli audit dovrà seguire le indicazioni definite dai piani annuali integrati dei controlli emanati dalla Regione all'interno dei Dipartimenti Unici di Prevenzione.

L'obiettivo del triennio è il completamento del percorso propedeutico alla certificazione 9001:2008 e del regolamento CE 882/2004 attraverso la definizione delle procedure operative del Servizio Regionale e del DIP. Il raggiungimento di tale obiettivo passa attraverso:

- la formazione di un numero adeguato di Auditor (da definire) in grado di svolgere Audit presso le strutture oggetto di vigilanza;
- la predisposizione delle procedure per la gestione delle attività delle Unità operative del Dipartimento Unico di Prevenzione e del Servizio Regionale;
- l'estensione di tale approccio anche alle Unità operative di Igiene pubblica e di Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Implementazione del percorso propedeutico alla certificazione del servizio	
Indicatori di risultato	Tempistica
Conseguimento della qualifica di auditor ISO 9001:2008 per il settore sanità di 11 dipendenti del servizio regionale prevenzione	Settembre 2013: completato
Predisposizione del manuale delle procedure del Servizio regionale e del Dipartimento Unico della Prevenzione, incluse le procedure specifiche per l'esecuzione degli AUDIT conformi alla norma ISO 9001:2008 e ai sensi del regolamento CE 882/2004	Dicembre 2015
Svolgimento di almeno 4 AUDIT nell'area della sanità animale e sicurezza alimentare	Dicembre 2013
Svolgimento di almeno 5 AUDIT annuali nell'area della sanità animale e sicurezza alimentare	Dicembre 2014-2015
Responsabile del procedimento attuativo	
Servizio Prevenzione - Veterinaria e Sicurezza Alimentare	
DG ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Azione 12.1.3: Attuazione Piani Regionali di Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare da parte di ASReM

Si riporta di seguito il prospetto delle attività di controllo, vigilanza e profilassi nel campo della Sanità veterinaria e della Sicurezza alimentare, specificando quelli che, nel 2011, sono presi in considerazione ai fini della valutazione dell'assolvimento degli obblighi per l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (rif.: lett. E.1, punti 1-6) e per l'assolvimento dei debiti informativi nei riguardi dell'Unione Europea (rif. Q11: C.4), fatte salve le eventuali modifiche e integrazioni che dovessero sopravvenire in fase di attuazione dei presenti PO.

A livello ASReM il risultato programmatico atteso è l'attuazione completa di tutti i Piani e le attività sotto indicate; come indicatore di risultato è atteso l'inserimento dei dati delle attività svolte nei modi e nei tempi previsti nei rispettivi sistemi informativi o nelle schede all'uopo predisposte dal Ministero o dalla Regione, con particolare riferimento a quanto costituisce adempimento per l'assolvimento degli obblighi LEA e dei debiti informativi verso la UE.

INDICATORI		
Risultati programmati		
Attuazione Piani specifici settoriali in Sanità animale e sicurezza alimentare		
Indicatori di risultato	Griglia LEA	Debiti informativi con UE
Profilassi e risanamento della tubercolosi bovina e bufalina	X	X
Profilassi e risanamento della brucellosi bovina e bufalina	X	X
Profilassi e risanamento brucellosi ovi-caprina	X	X
Piano per la eradicazione della leucosi Bovina Enzootica	X	X
Piano per la TSE/Scrapie	X	X
Piano per l'anemia infettiva degli equini		
Piano per la West Nile disease		
Piano di controllo per la Blue-Tongue		
Piano di Sorveglianza ed Eradicazione della Malattia Vescicolare del Suino		
Piano di Sorveglianza per la Peste Suina Classica e della Malattia di Aujeszky	X	
Controlli sull'Anagrafe delle aziende zootecniche e degli animali domestici	X	X
Monitoraggio sulla diffusione di Salmonella spp. e di Staphylococcus aureus meticillino resistente nei branchi di suini da riproduzione	X	X
Piano di controllo di Salmonella enteritidis e typhimurium nei riproduttori della specie Gallus gallus	X	X
Piano di sorveglianza e controllo delle Salmonella – gruppi di riproduzione di pollame della specie Gallus gallus	X	X
Piano Europeo sulla prevalenza e resistenza agli antimicrobici del Campylobacter spp. nei polli da ingrasso e sulla prevalenza del Campylobacter spp. e Salmonella spp. nelle carcasse di pollo	X	X
Piano Monitoraggio per l'Influenza Aviaria		
Piano pluriennale integrato dei Controlli ufficiali sugli alimenti		
Piano residui di contaminanti ambientali negli alimenti di origine animale (PNR)	X	X
Piano di controllo residui PCB, diossine e contaminanti ambientali nei prodotti di origine animale e vegetale		
Piano di controllo sull'impiego dei prodotti fitosanitari	X	X
Piano di Sorveglianza e Vigilanza presenza Organismi Geneticamente Modificati (Piano Nazionale OGM)	X	X
Piano di sorveglianza sanitaria e ambientale degli effetti dei prodotti fitosanitari		
Vigilanza sui materiali destinati a venire a contatto con gli alimenti		
Vigilanza sugli integratori alimentari		
Vigilanza sull'etichettatura e sull'etichettatura nutrizionale		
Controllo delle acque per uso umano		
Controllo delle acque minerali		
Classificazione delle zone di Produzione dei Molluschi nelle acque antistanti la Costa della regione Molise		
Piano Nazionale di Sorveglianza e Vigilanza Sanitaria sull'Alimentazione Animale 2009–2011 (PNAA)	X	X
Piani di Controllo sul benessere degli Animali in Allevamento	X	X
Piani di Controllo sul benessere degli Animali durante il trasporto	X	X
Piani di Controllo sul benessere degli Animali alla macellazione		
Monitoraggio della Contaminazione delle Carni con Tessuto Nervoso (BSE)	X	X
Piano di sorveglianza sull'utilizzo del farmaco veterinario	X	X
Vigilanza sulla riproduzione degli animali domestici		
Gestione dell'Anagrafe canina	X	X
Controllo del randagismo e della leishmaniosi		
Vigilanza sugli ambulatori veterinari		
Responsabile del procedimento attuativo		
DG ASRem		
Direttore DIP		
Direttore UO interessate		
VALORIZZAZIONE ECONOMICA		
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici		

4.2. “Riqualficazione della Rete assistenziale”

Programma 13: Reti assistenziali per intensità di cure

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- individuazione dei presidi secondo il modello di assistenza per intensità di cure secondo la logica dell'intensità delle cure (es. rete trauma, oncologia, ictus, trapianti); relativa individuazione dei Centri di riferimento;
- definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse, in aggiunta all'area oncologica e cardiovascolare, che prevedano la integrazione ospedale/territorio.

In considerazione del previsto riassetto delle Reti Assistenziali (Vedi Programma 14: Riequilibrio Ospedale-Territorio) a partire dal Gennaio 2014 l'ASReM dovrà provvedere all'implementazione di specifici percorsi assistenziali per le patologie di maggiore complessità e rilevanza epidemiologica, in ottemperanza a quanto indicato dalle linee di indirizzo ministeriali per la redazione dei presenti Programmi Operativi.

Programma 14: Riequilibrio Ospedale-Territorio

Il presente programma, così come predisposto dalle linee di indirizzo ministeriali, si articola in tre macro aree:

- Rete ospedaliera e riconversioni;
- cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico;
- assistenza territoriale.

Il percorso metodologico

L'adozione di misure e provvedimenti di cambiamento e miglioramento della sanità regionale ha origine dalla conoscenza della situazione reale esistente e dello sviluppo che ha avuto nel corso dei periodi precedenti. L'analisi e la valutazione dei fenomeni che hanno interessato il sistema socio sanitario molisano si sono fondate sull'utilizzo di un modello interpretativo della realtà regionale utile ad un'analisi di valutazione del fabbisogno.

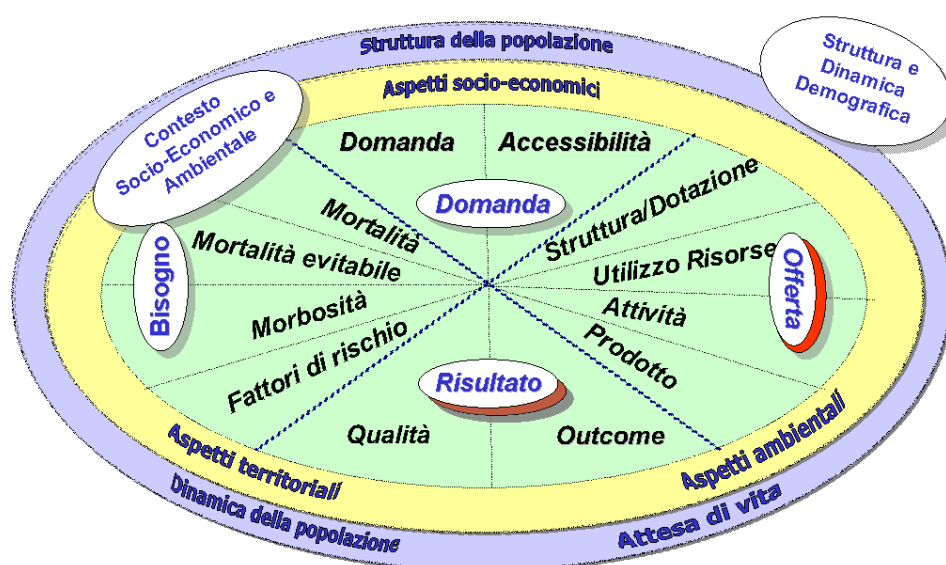


Figura 5 - Il modello interpretativo

Le aree di indagine del bisogno, della domanda, dell'offerta e del risultato, insieme a quelle di contesto socio economico ambientale e di struttura e dinamica demografica, sono suddivise per dimensioni di analisi, ciascuna delle quali è caratterizzata da un insieme di fenomeni che vengono monitorati, valutati ed interpretati mediante indicatori, al fine di ottenere parametri quali - quantitativi misurabili e confrontabili anche al di fuori della realtà molisana.

La sistematizzazione ed omogeneizzazione della conoscenza che ne consegue consente, quindi, di organizzare le informazioni nell'ambito dei settori di interesse, focalizzando, in particolare, gli aspetti di carattere strutturale e di processo necessari alla definizione delle scelte programmatiche regionali.

Da un punto di vista organizzativo, la chiave interpretativa per la definizione delle azioni di sviluppo e di intervento sulla realtà sociale e sanitaria molisana sviluppata attraverso il modello interpretativo descritto, si riconduce all'identificazione della "catena del valore della filiera socio-sanitaria", che esplicita il "modello funzionale" del sistema e che è descritta in sintesi nella successiva figura.

In sostanza, il "core" delle attività del sistema sanitario è focalizzato sulla risposta alla domanda clinico - sanitaria espressa dalla popolazione molisana; tale risposta deve garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio regionale, come stabilito dalla normativa vigente.

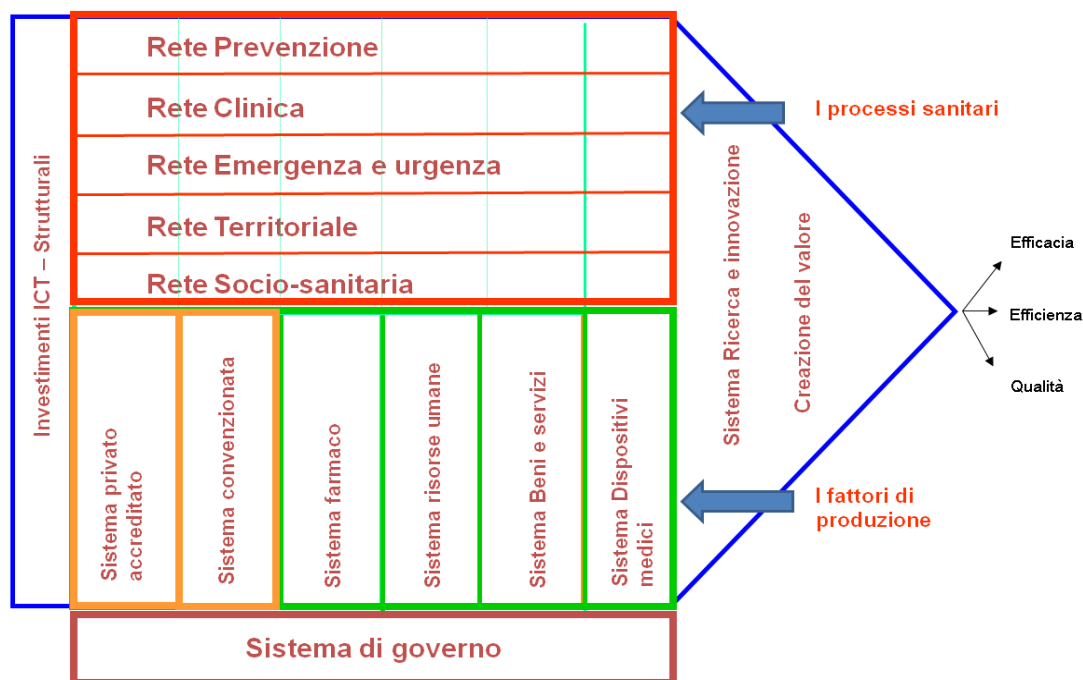


Figura 6 - La catena del valore

Le attività di “supporto” devono contribuire al raggiungimento degli obiettivi di salute del sistema garantendo che le sue condizioni complessive di funzionamento rispettino criteri di efficienza, efficacia, qualità ed economicità, nella migliore combinazione possibile.

Il processo “core” della rete socio sanitaria (ovvero l’insieme dei processi sanitari nello schema “a rete”) costituisce il punto di contatto, scambio ed integrazione con l’area del sociale, verso la quale insistono analoghi, e spesso comuni, sistemi di supporto.

L’efficientamento dell’intero sistema ed il miglioramento in termini di efficacia e qualità dei servizi e delle prestazioni offerte ai cittadini deriva dall’integrazione in rete dei processi sanitari che si esprimono in modo differenziato all’interno di ciascuna fase del percorso diagnostico terapeutico. Il “core” delle attività del SSR deve essere focalizzato sulla risposta alla domanda clinico - sanitaria espressa dalla popolazione, per garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio regionale.

I fattori di produzione rappresentano i “drivers” ovvero le leve da muovere e da attivare per il corretto funzionamento dei processi aziendali “core”, garantendo che l’efficacia complessiva del sistema, quale risposta corretta alla domanda regionale, sia erogata in condizioni tali da garantire che le risorse, o fattori di produzione, impiegati siano adeguatamente coperti dalle risorse economiche a disposizione del sistema.

Quanto descritto deve avvenire progettando un sistema coordinato di “azioni” che permetta di intervenire sui fattori di produzione interni e parallelamente sul sistema di governo dei processi sanitari, compatibilmente con i suoi vincoli (livelli essenziali minimi di assistenza, risorse disponibili).

L’innovatività dell’approccio proposto è rappresentata dalla sua netta contrapposizione a quel metodo di tipo induttivo, che in passato ha spesso caratterizzato le manovre poste in essere, portando al taglio indiscriminato di costi senza un’analisi delle cause che li determinano.

Tale approccio, pur se efficace nel brevissimo periodo non garantisce un recupero strutturato nel lungo periodo, in quanto il sistema stesso, progressivamente depauperato di contenuti e privato della “capacità di risposta ai bisogni assistenziali”, determina la produzione di servizi sanitari non rispondenti ai reali bisogni (**rigidità dell’offerta**) ed alimenta, esso stesso, nuova inefficienza, misurabile attraverso il saggio di fuga dei

pazienti regionali verso sistemi in grado di garantire appropriatezza e qualità nell'erogazione dei servizi (saggio di mobilità passiva annuale).

Al contrario, il modello reticolare, basato sull'analisi dei fabbisogni reali del sistema sanitario, prevede un'integrazione dei livelli di assistenza, con la differenziazione dell'offerta in rapporto alla complessità organizzativa del SSR, al fine di collocare, su scale differenti, la componente strettamente ospedaliera e quella più marcatamente territoriale e socio – sanitaria, caratterizzate da una risposta al paziente differente ed integrata in base alla logica delle reti.

Tale risposta è determinata dalla tipologia di paziente/utente (paziente acuto, paziente cronico, cittadino con fragilità, ecc.) che deve accedere al sistema sanitario o al sistema sociale, per il quale quindi si deve attivare uno specifico e definito percorso di assistenza e cura, trasversale ai servizi e ai livelli di assistenza.

L'implementazione di un sistema reticolare dell'assistenza clinico sanitaria è finalizzata ad integrare tra loro la rete ospedaliera, la rete dell'emergenza urgenza e le reti socio-sanitaria, territoriale e di prevenzione, cosicché l'erogazione delle prestazioni sanitarie non si risolva in un singolo atto episodico ma trovi collocazione all'interno di percorsi strutturati, che si svolgono nell'ambito di reti cliniche.

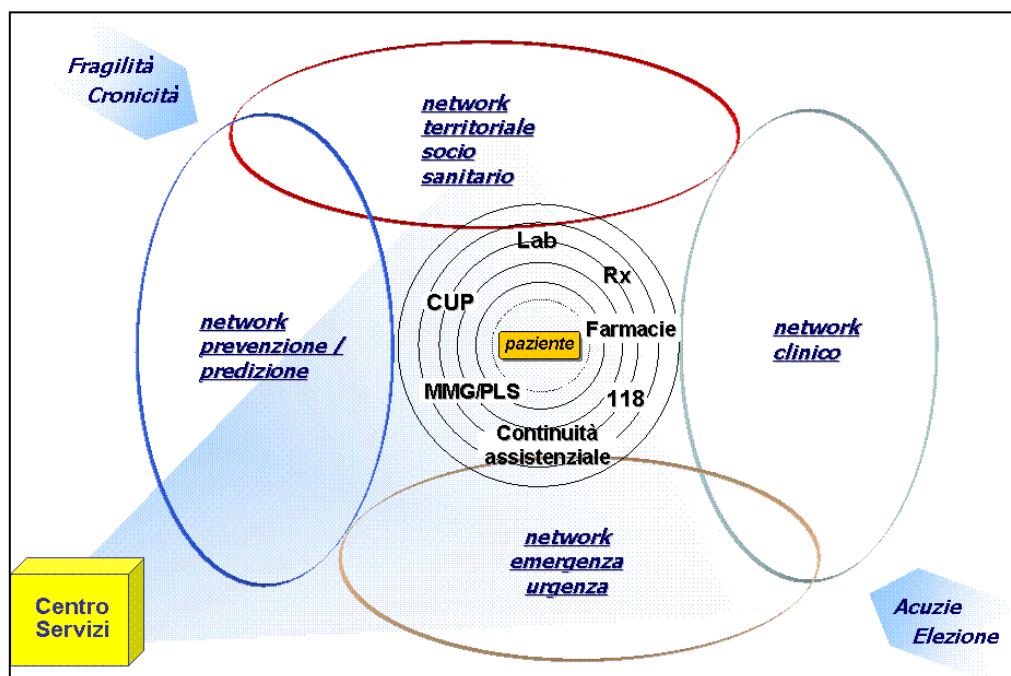


Figura 7 - Il modello organizzativo a tendere "modello a rete"

Il disegno organizzativo generale del sistema a rete non deve prevedere solo interventi separati su strutture e servizi presenti sul territorio, quanto piuttosto l'ampliamento della collaborazione, del coordinamento e dell'integrazione con tutti i centri di attività, sia in ambito sanitario che nell'area del sociale, secondo un disegno strategico generale di riclassificazione delle strutture, riorganizzazione dei servizi, razionalizzazione delle risorse, rimodulazione delle funzioni, riqualificazione del personale.

L'adozione di questo modello di riferimento consente di guidare il percorso che il presente Piano intende seguire per una ridefinizione organizzativa complessiva in una logica di *semplificazione* degli assetti relazionali. L'aspetto centrale da porre in rilievo è rappresentato dalla volontà di identificare, ai vari livelli istituzionali ed organizzativi, specifici ruoli e funzioni ma all'interno di una logica di evoluzione ed adattamento continui rispetto ad una realtà in costante cambiamento e trasformazione, in cui diventa sempre più necessario, in ragione dell'attuale congiuntura internazionale, procedere all'introduzione di concrete azioni di razionalizzazione nell'utilizzo di risorse disponibili sempre più limitate.

La progettazione del sistema a rete

Al fine di assicurare il pieno rispetto dei principi di universalità, di eguaglianza e di equità d'accesso alle prestazioni a garanzia della salute dei cittadini molisani, il Servizio Sanitario Regionale deve procedere ad una revisione del suo assetto organizzativo, strutturale e gestionale.

Il Servizio Sanitario Regionale, per svilupparsi compiutamente come sistema a rete, richiede la cooperazione e l'integrazione tra i seguenti network specifici che operano all'interno di ambiti geografici omogenei:

- la rete della prevenzione collettiva²;
- la rete territoriale;
- la rete socio sanitaria;
- la rete dell'emergenza urgenza, fortemente integrata alla rete ospedaliera ed alla rete territoriale;
- la rete ospedaliera, articolata per Aree omogenee;
- le reti cliniche;
- la rete delle attività amministrativo tecnico logistiche (ATL).

Le suddette reti compongono complessivamente un sistema che garantisce una dimensione di continuità al cittadino con una interfaccia costante di qualità in termini di prevenzione ed assistenza e consentono di evitare la frammentazione dell'offerta a vantaggio, invece, di una presa in carico globale dei fabbisogni.

Si presenta, di seguito, una rappresentazione del modello di organizzazione attuale e di quello "a tendere", dopo gli interventi di riprogettazione del sistema.

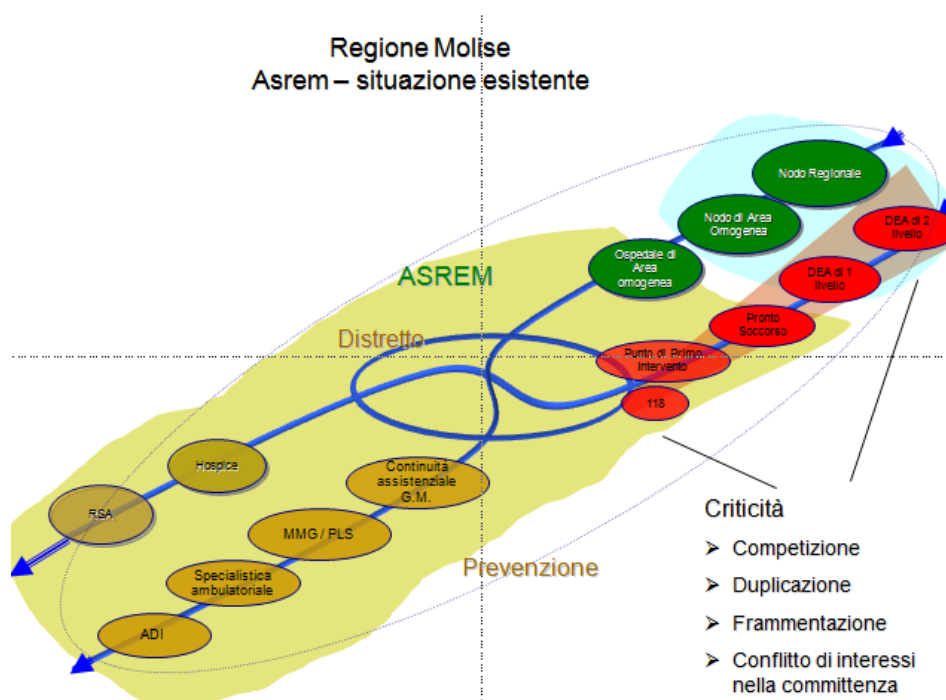


Figura 8 - Le dimensioni organizzative del sistema a rete (modello attuale) - Situazione AS IS

² che usufruisce anche delle competenze nell'ambito della prevenzione ambientale derivanti dall'assorbimento delle funzioni dell'Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente.

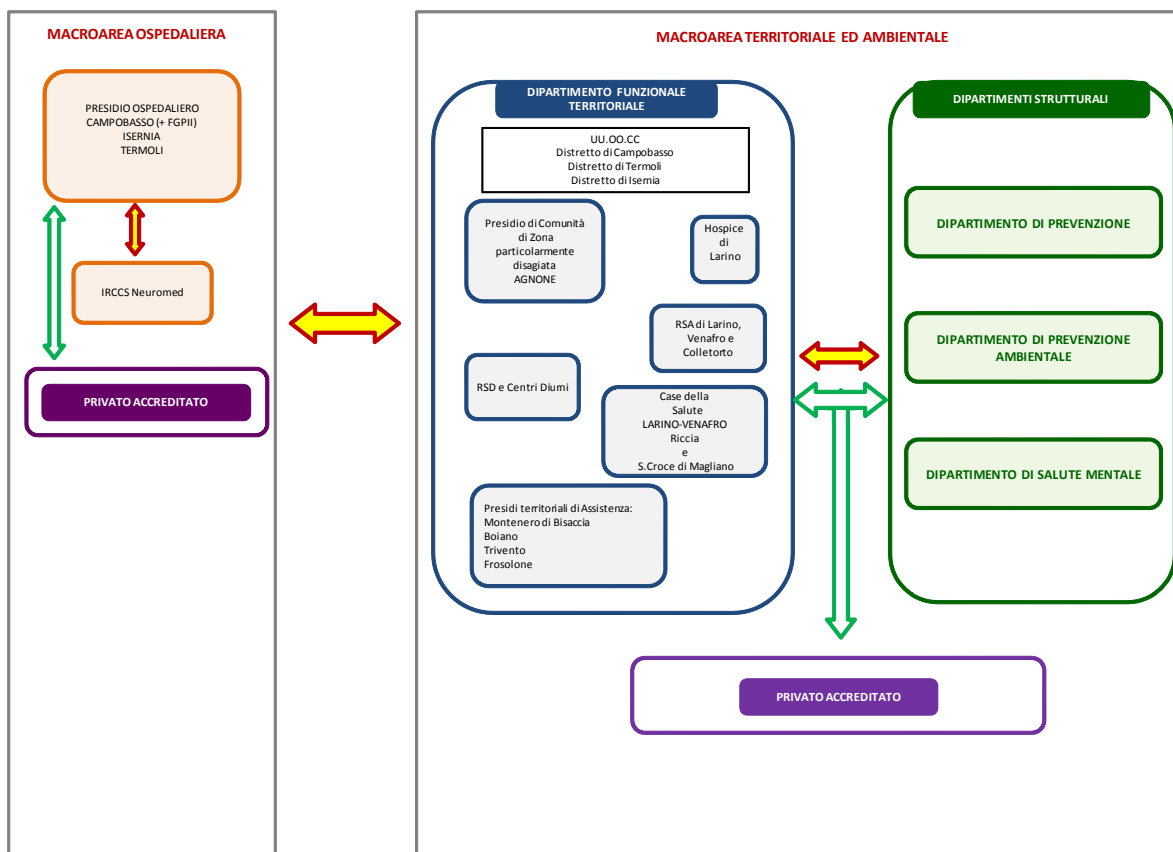


Figura 9 - La dimensione organizzativa del sistema a rete (modello a tendere - Situazione TO BE)

Le reti integrate - Il modello organizzativo regionale

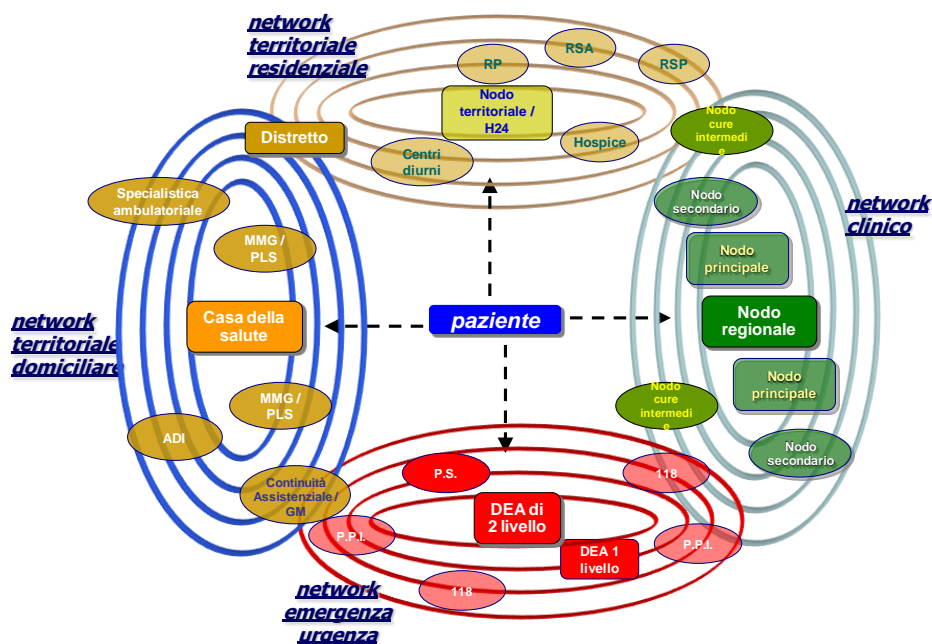


Figura 10 - Modello organizzativo a tendere "la rete integrata - il modello organizzativo regionale"

Obiettivo generale nella riprogettazione del sistema è quello di riequilibrare la composizione dei differenti livelli in termini di risorse impiegate, perequando le differenze rispetto agli standard nazionali e garantendo lo

spostamento da livelli di offerta a maggiore intensità di assistenza verso forme più idonee e maggiormente efficaci ed efficienti in termini di allocazione delle risorse.

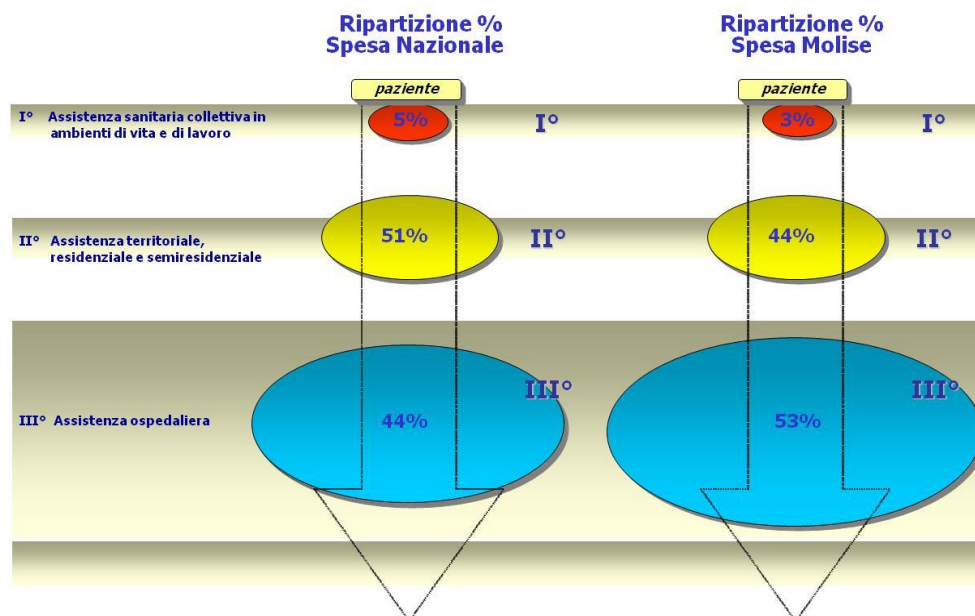


Figura 11 - Articolazione delle risorse per livello di assistenza

Analisi di contesto

Il Sistema Sanitario Regionale è caratterizzato da sostanziali saggi di deficit annuale che, benché in lenta riduzione (dall'esercizio 2010 ad oggi), rappresentano la conseguenza di criticità rilevanti:

- nel sistema di organizzazione ed impiego delle risorse e dei fattori produttivi;
- nella progettazione del complessivo sistema sanitario;
- nel governo del sistema;
- nella programmazione ed effettuazione degli investimenti;
- nell' ICT.

Tale situazione impone un approccio sistemico che consenta di intervenire sulle cause che hanno determinato il perdurare di situazioni di squilibrio finanziario ed economico (**recupero di efficienza**) in modo da rimuovere definitivamente i "fattori cronici" del sistema.

Un siffatto approccio garantisce, al tempo stesso, la possibilità per il sistema sanitario di recuperare risorse da utilizzare per erogare servizi rispondenti alle reali necessità della collettività (attualmente spesso insoddisfatte) e con una organizzazione interna flessibile, che si adegui alle determinanti della domanda di servizi sanitari, invece di rappresentare essa stessa un fattore di rigidità del sistema dell'offerta (**recupero di efficacia**).

Tale ultima circostanza permette di ricalibrare il sistema dell'offerta sotto due diversi fronti:

- recuperando quei servizi attualmente non erogati all'interno del sistema regionale, quantificabili tramite il costo della mobilità passiva regionale (analisi sanitaria);
- calibrando l'offerta secondo parametri di efficienza (intervento sui fattori di produzione);
- intervenendo sul contesto organizzativo interno;
- attuando interventi volti ad una maggiore integrazione e compatibilità del sistema dell'efficacia di privati accreditati con il pubblico.

Intervento 14.1: La macroarea ospedaliera

Nella riconsiderazione dell'offerta assistenziale si è partiti dall'analisi del contesto demografico e socio-economico della regione, all'interno della quale sono stati individuati **4 BACINI TERRITORIALI**:

- CAMPOBASSO/BOJANO → Campobasso;
- ISERNIA/VENAFRO → Isernia;
- TERMOLI/LARINO → Termoli;
- Agnone.

Caratteristiche demografiche bacini geografici				
Bacino	Residenti	% su residenti totali	Over 65	% degli over 65
Campobasso	128.270	40,1%	28.556	8,9%
Isernia	76.048	23,8%	16.148	5,0%
Termoli	102.816	32,2%	21.748	6,8%
Agnone	12.646	4,0%	3.572	1,1%
Totale	319.780	100,0%	70.024	21,9%

Tabella 47 - Composizione dei bacini territoriali ed incidenza popolazione over 65 anni

I suddetti bacini rappresentano il punto di riferimento basilare dell'architettura della nuova organizzazione della rete assistenziale, disegnata nel rispetto degli standard previsti dalla vigente normativa in materia.

Stato attuale

L'analisi di quanto riportato nei flussi HSP relativi all'anno 2013 evidenzia un eccesso di posti letto complessivi per 0,4 PL per 1.000 abitanti rispetto agli standard nazionali previsti (4,1 vs. 3,7 PL per 1.000 abitanti).

Dotazione posti letto in Molise - Anno 2013										
ACUZIE										
Ambito	Campobasso		Isernia		Termoli		Agnone		TOTALE	
Regime ricovero	DO	DH	DO	DH	DO	DH	DO	DH	DO	DH
Pubblico										
Cardarelli	279	47							279	47
SS Rosario			28	4					28	4
Veneziale			119	20					119	20
S Timoteo					162	28			162	28
Vietri					14	7			14	7
Caracciolo							26	12	26	12
Totale Pubblico	279	47	147	24	176	35	26	12	628	118
Privato										
Fondazione G.P.II	104	12							104	12
Neuromed			98	6					98	6
Villa Esther	46	8							46	8
Villa Maria	34	6							34	6
IGEA									-	-
Totale Privato	184	26	98	6	-	-	-	-	282	32
Popolazione	128.270		76.048		102.816		12.646		319.780	
Totale ACUZIE	536		275		211		38		1.060	
PL per 1.000 ab.	4,2		3,6		2,1		3,0		3,3	
POST ACUZIE										
Ambito	Campobasso		Isernia		Termoli		Agnone		TOTALE	
Regime ricovero	DO	DH	DO	DH	DO	DH	DO	DH	DO	DH
Pubblico										
Cardarelli	7	-							7	-
SS Rosario			32	-					32	-
Veneziale			-						-	-
S Timoteo					-	-			-	-
Vietri					59				59	-
Caracciolo							14	-	14	-
Totale Pubblico	7	-	32		59		14	-	112	-
Privato										
Fondazione G.P.II	14	-							14	-
Neuromed			56	-					56	-
Villa Esther	20	-							20	-
Villa Maria	-	-							-	-
IGEA			40	-					40	-
Totale Privato	34	-	96	-	-	-	-	-	130	-
Popolazione	128.270		76.048		102.816		12.646		319.780	
Totale POST ACUZIE	41		128		59		14		242	
PL per 1.000 ab.	0,3		1,7		0,6		1,1		0,8	
TOTALE COMPLESSIVO										
Totale posti letto	577		403		270		52		1.302	
PL per 1.000 ab.	4,5		5,3		2,6		4,1		4,1	

Tabella 48 - Situazione nel 2013 della dotazione di posti letto nella Regione Molise (Dati NSIS - Flussi HSP - anno 2013)

Tale disallineamento deriva, mantenendo una visione complessiva sul SSR, da uno scostamento di 0,3 PL per 1.000 ab. relativo alle acuzie e di 0,1 PL per 1.000 abitanti per le post acuzie.

Dall'analisi della dotazione di posti letto per ambito territoriale, di contro, si evince un rapporto popolazione residente/posti letto superiore per tutti i bacini geografici, eccezion fatta per quello di Termoli, che mostra un numero di posti letto per 1.000 abitanti al di sotto dello standard (2,6 PL per 1.000 ab.).

La Regione Molise intende, di conseguenza, ridefinire le prestazioni attese per singola struttura, pubblica e privata accreditata, partendo da una rimodulazione della distribuzione dei posti letto effettuata a livello di singolo bacino territoriale e mirata a ridurre la inappropriatazza dei ricoveri a livelli fisiologici, ad elevare il livello delle prestazioni e ad ottimizzare l'uso delle risorse economiche.

In tale ottica le strutture (pubbliche e private) saranno guidate verso una produzione il più possibile appropriata rispetto al fabbisogno della popolazione.

Il primo obiettivo, dunque, è quello di garantire non solo a livello regionale ma anche per ciascun bacino territoriale un numero di posti letto conforme allo standard di 3,0 pl x 1000 abitanti per i ricoveri di acuzie (DO e DH/DS) e di 0,7 pl x 1.000 abitanti per la lungodegenza e riabilitazione.

Definizione del fabbisogno

Sulla base di quanto innanzi detto la Tabella 49 indica il fabbisogno di posti letto (DO e DH/DS) di acuzie conforme allo standard ministeriale del 3,0 x 1.000 abitanti per bacino territoriale di riferimento.

Fabbisogno di posti letto per area distrettuale - ACUZIE					
	CAMPOBASSO	ISERNIA	TERMOLI	AGNONE	TOTALE
Popolazione	128.270	76.048	102.816	12.646	319.780
Posti letto	385	228	308	38	959
PL x 1.000 ab.	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0

Tabella 49 - Fabbisogno pl di acuzie conforme allo std ministeriale del 3,0 x 1.000 abitanti per ambito territoriale (Dati ISTAT 2011)

Per il bacino territoriale di Agnone, i posti letto vengono ridotti al 2,0 x 1000 ab., in considerazione del fatto che il **Caracciolo** verrà inserito nella rete territoriale come Presidio Montano. Saranno, pertanto, previste al suo interno un'area chirurgica, una medica ed una della riabilitazione, garantendo così un'adeguata offerta assistenziale attraverso l'attività di chirurgia generale, medicina (con particolare riferimento alla Reumatologia), riabilitazione, day hospital, e day surgery, con un'offerta complessivamente ben modulata rispetto al fabbisogno della popolazione. Pertanto, il differenziale rispetto ai 38 p.l. derivanti dall'applicazione del 3 per mille, pari a 13 posti letto, verrà attribuito al P.O. Cardarelli di Campobasso, in quanto centro Hub della rete ospedaliera regionale.

In riferimento al Caracciolo, tra l'altro, sono in corso contatti con la regione Abruzzo per addivenire alla stipula di un accordo di confine.

Nella definizione del numero dei posti letto di post acuzie è stato utilizzato lo standard previsto dalla normativa vigente (0,7 p.l./1000 ab.), applicandolo alla popolazione regionale.

Fabbisogno di posti letto per area distrettuale - POST ACUZIE	
	TOTALE
Popolazione	319.780
Posti letto	224
PL x 1.000 ab.	0,7

Tabella 50 - Fabbisogno pl di post acuzie conforme allo std ministeriale del 0,7 x 1.000 abitanti (Dati ISTAT 2011)

Nel complesso, quindi, il fabbisogno regionale di posti letto per l'assistenza ospedaliera è rideterminato per un totale di 1.183 PL (vedi Tabella 51)

Fabbisogno di posti letto per area distrettuale	
	TOTALE
PL Acuzie	959
PL Post Acuzie	224
Totale	1183
PL x 1.000 ab.	3,7

Tabella 51 - Fabbisogno pl complessivi conforme allo std ministeriale del 3,7 x 1.000 abitanti per ambito territoriale (Dati ISTAT 2011)

Determinazione della rete ospedaliera

Partendo dal fabbisogno individuato per ciascun bacino territoriale, nonché da quanto evidenziato nel PSR, si è provveduto alla determinazione dei posti letto per le strutture pubbliche temperando l'esigenza di eliminare ogni forma di duplicazione nell'offerta con quella di non penalizzare ulteriormente gli erogatori privati, già oggetto, negli scorsi anni, di rilevanti manovre di riduzione delle dotazioni.

Sono stati, pertanto, confermati i numeri di posti letto contenuti negli ultimi decreti commissariali di accreditamento. Se ne fornisce il dettaglio nelle tabelle seguenti.

PL di acuzie accreditati alle strutture private regionali				
	CAMPOBASSO	ISERNIA	TERMOLI	TOTALE
Fondazione G.P. II	116			116
Neuromed		101		101
Villa Maria	40			40
Villa Esther	54			54
IGEA				0
Totale	210	101	0	311

PL di post acuzie accreditati alle strutture private regionali				
	CAMPOBASSO	ISERNIA	TERMOLI	TOTALE
Fondazione G.P. II	14			14
Neuromed		55		55
Villa Maria				0
Villa Esther	20			20
IGEA		40		40
Totale	34	95	0	129

PL complessivi accreditati alle strutture private regionali				
	CAMPOBASSO	ISERNIA	TERMOLI	TOTALE
Fondazione G.P. II	130			130
Neuromed		156		156
Villa Maria	40			40
Villa Esther	74			74
IGEA		40		40
Totale	244	196	0	440

Tabella 52 - Posti letto accreditati ad istituti privati regionali, secondo la collocazione territoriale

Preso atto, dunque, della dotazione di posti letto accreditati agli erogatori privati, si è ritenuto di considerarli non ad esclusivo servizio del bacino territoriale nel quale essi insistono, bensì dell'intero territorio regionale.

Tale impostazione ha permesso di perequare la proporzione tra posti letto pubblici ed accreditati sui diversi ambiti territoriali.

La quota di posti letto accreditati “spettante” ai 3 bacini di Campobasso, Isernia e Termoli è stata calcolata sulla base dell’attività di ricovero che i singoli erogatori privati effettuano a favore della popolazione in essi residente.

Numero ricoveri ordinari di acuzie effettuati per singola struttura				
	CAMPOBASSO	ISERNIA	TERMOLI	TOTALE
Fondazione G.P. II	1.794	527	653	2.974
Neuromed	170	431	121	722
Villa Maria	762	26	45	833
Villa Esther	1.035	219	154	1.408
TOTALE	3.761	1.203	973	5.937

Tabella 53 - Distribuzione ricoveri molisani su ospedali accreditati regionali - (Dati SDO 2011)

% ricoveri ordinari di acuzie effettuati per singola struttura su popolazione residente				
	CAMPOBASSO	ISERNIA	TERMOLI	TOTALE
Fondazione G.P. II	60,3%	17,7%	22,0%	100,0%
Neuromed	23,5%	59,7%	16,8%	100,0%
Villa Maria	91,5%	3,1%	5,4%	100,0%
Villa Esther	73,5%	15,6%	10,9%	100,0%
TOTALE	63,3%	20,3%	16,4%	100,0%

Tabella 54 - Incidenza % dei ricoveri molisani su ospedali accreditati regionali per macro area di provenienza - (Dati SDO 2011)

Posti letto accreditati su mobilità infraregionale				
	CAMPOBASSO	ISERNIA	TERMOLI	TOTALE
Fondazione G.P. II	69	21	26	116
Neuromed	24	60	17	101
Villa Maria	37	1	2	40
Villa Esther	40	8	6	54
TOTALE	170	90	51	311

Tabella 55 - Quota PL accreditati assegnata agli ambiti territoriali pesata sulla base della mobilità passiva - (Dati SDO 2011)

Il modello che si intende adottare prevede che l’attività ospedaliera pubblica si concretizzi in un’offerta unitaria, governata attraverso un sistema Hub and Spoke.

Al Presidio **Cardarelli** di Campobasso - DEA di II livello - saranno, infatti, strutturalmente e funzionalmente collegati i Presidi **Veneziale** di Isernia e **S. Timoteo** di Termoli.

L’ospedale **S.S. Rosario** di Venafro, oltre ad ospitare gli uffici amministrativi correlati ai servizi offerti, sarà individuato come Poliambulatorio Specialistico, attrezzato con ampia offerta di specialità e dotato dei servizi di supporto (radiologia, ecc.) oltre che della chirurgia ambulatoriale.

Sarà sede di posti letto per la Riabilitazione extraospedaliera oltre che di RSA e di un centro regionale per la cura e la prevenzione dell’Alzheimer.

La struttura sarà dotata di un Punto di Primo Soccorso a gestione diretta del personale 118 con possibilità di osservazione breve.

Il **Vietri** di Larino ospiterà anch'esso gli uffici amministrativi correlati ai servizi offerti nonché un Poliambulatorio Specialistico con i relativi servizi di supporto (radiologia, ecc.) ed una piccola chirurgia ambulatoriale.

Sarà dotato di posti letto per la Riabilitazione extraospedaliera (con camera iperbarica) e sarà sede di RSA e dell'Hospice Regionale.

Anche a Larino, infine, è previsto un Punto di Primo Soccorso a gestione diretta del personale 118 con possibilità di osservazione breve.

Azione 14.1.1: Riassetto Rete Ospedaliera regionale

Dotazione di posti letto per acuzie

Alla luce dell'analisi esposta nel paragrafo precedente, la Regione Molise intende, nel periodo di validità dei presenti Programmi Operativi, rimodulare la dotazione di posti letto per ricoveri di acuzie sui quattro ambiti territoriali come rappresentato dalla Tabella 56.

Posti letto per acuzie dei presidi pubblici in base - situazione a tendere anno 2015					
	CAMPOBASSO	ISERNIA	TERMOLI	AGNONE	TOTALE
Popolazione	128.270	76.048	102.816	12.646	319.780
A.Cardarelli	228				228
Fondazione G.P. II	69	21	26		116
Villa Maria	37	1	2		40
Villa Esther	40	8	6		54
F. Veneziale		138			138
SS. Rosario					
Neuromed	24	60	17		101
S. F. Caracciolo				25	25
S. Timoteo			257		257
G. Vietri					
TOTALE	398	228	308	25	959
pl x 1.000 abit.	3,1	3,0	3,0	2,0	3,0

Tabella 56 - Quota pesata posti letto di acuzie attribuiti per ambito territoriale

Dotazione posti letto per post acuzie

Parallelamente al procedimento descritto per i posti letto di acuzie, la Regione Molise intende confermare una quota di posti letto conforme allo standard dei 0,7 posti x 1.000 abitanti. Fatta salva la quota di posti letto già accreditata ad Istituti Privati, si individua la quota di 95 posti letto da distribuire tra le strutture pubbliche.

Posti letto per post acuzie - situazione a tendere anno 2015	
	TOTALE
Popolazione	319.780
Ospedali pubblici	95
Strutture private accreditate	129
Totale	224
Fabbisogno	0,7

Tabella 57 - Rimodulazione posti letto per post acuzie (Situazione a tendere al 31.12.2015)

Dotazione posti letto complessiva a tendere (Anno 2015)

Alla luce, quindi, della descrizione dei *drivers* utilizzati per la rimodulazione della rete ospedaliera (sia per le prestazioni di acuzie che post acuzie) descritta nei paragrafi precedenti è possibile ottenere la definitiva fisionomia che la rete ospedaliera regionale dovrà assumere entro il termine di vigenza dei presenti Programmi Operativi.

Al fine di rendere operativa la nuova configurazione della rete ospedaliera, si intende procedere all'emanazione del "Piano di riassetto della Rete Ospedaliera regionale" **entro e non oltre 30 giorni dall'approvazione da parte dei Ministeri competenti dei presenti programmi operativi**;

Contestualmente alla fase di attivazione e conclusione del processo di rimodulazione dell'offerta sanitaria, in termini di posti letto, la Regione Molise intende avviare un monitoraggio trimestrale volto alla costante verifica dello stato di avanzamento del piano di riassetto e alla conseguente aderenza a quanto indicato nel piano da parte delle strutture ospedaliere coinvolte.

Per questo motivo a partire **da Gennaio 2014 e fino a Dicembre 2015** a tutte le strutture ospedaliere regionali (sia pubbliche che private) sarà richiesto l'invio di un report (sulla scorta di quanto già previsto dai flussi ministeriali HSP) al servizio Ospedalità pubblica e privata della Direzione Generale per la Salute. Al fine di rendere più agevole la compilazione di questo report di monitoraggio il servizio Ospedalità pubblica e privata della Direzione Generale per la Salute invierà a tutte le strutture interessate un apposito format. Tale report di monitoraggio sarà predisposto e inviato alle strutture (mediante emanazione di apposito decreto commissariale) **entro e non oltre 30 giorni dall'emanazione del decreto commissariale di riassetto della rete**.

Tale report di monitoraggio dovrà essere, in seguito, inviato al servizio Ospedalità pubblica e privata della Direzione Generale per la Salute da parte di tutte le strutture con cadenza trimestrale.

INDICATORI	
Risultati programmatici	
Rimodulazione rete ospedaliera	
Disattivazione delle funzioni di ricovero di ricovero per acuzie dei presidi ospedalieri di Larino e Venafrò	
Riequilibrio dell'offerta di assistenza ospedaliera del SSR	
Indicatori di risultato	Tempistica
Emanazione DCA sul piano di riassetto della rete ospedaliera	Entro 30 GG da approvazione PO 2013-2015
Eventuale revisione accreditamenti e contratti strutture private	Entro 90 GG da emanazione DCA su riassetto rete ospedaliera
Invio report di monitoraggio per l'attuazione del riassetto della rete ospedaliera	Entro 30 GG da emanazione DCA su riassetto rete ospedaliera

INDICATORI	
Risultati programmatici	
Avvio fase di monitoraggio trimestrale sull'attuazione del riassetto della rete ospedaliera	Entro l'ultimo mese del trimestre di emanazione del DCA sul monitoraggio
Rimodulazione posti letto per strutture pubbliche e private	Giugno 2015
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Servizio Ospedalità pubblica e privata della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
Responsabile dell'assistenza ospedaliera ASReM	

Azione 14.1.2: Integrazione tra ASReM (Presidio Ospedaliero "Cardarelli") e Fondazione di Ricerca e Cura "Giovanni Paolo II"

La necessità di efficientismo del sistema sanitario regionale, connessa alla progressiva qualificazione delle attività, all'erogazione di servizi adeguati ai bisogni del cittadino e la riduzione dei costi di gestione, con particolare riferimento alle attività a scarso valore aggiunto, impongono la necessità di valutare la realizzazione di percorsi di integrazione tra le strutture che erogano assistenza sanitaria sul territorio regionale, siano esse soggetti di natura pubblica o privata.

L'obiettivo è quello di integrare parametri quali:

- presenza di strutture di elevata modernità e funzionalità operativa;
- adeguatezza degli spazi e della dotazione di personale;
- logistica e localizzazione;
- professionalità in termini di risorse umane ad elevata specializzazione;
- potenziamento dei percorsi didattico-assistenziali della Facoltà di Medicina regionale.

L'insieme congiunto di tali criteri porta a considerare la possibilità di realizzare una progressiva integrazione, intesa in termini di non concorrenzialità reciproca, ma di complementarità tra le attività dell'ASREM, anche in quanto Azienda Sanitaria Regionale Universitaria, ai sensi del Protocollo d'intesa con la Regione Molise e l'Università degli Studi del Molise e quelle della Fondazione di Ricerca e Cura "Giovanni Paolo II".

L'intento che si persegue è quello di sperimentare un modello di gestione innovativo tra pubblico e privato ai fini del miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia delle attività di assistenza ospedaliera erogata, mantenendo inalterate le identità, la natura giuridica e gli ambiti operativi istituzionali delle due strutture e, contemporaneamente, offrendo all'utenza una percezione di completezza ed omogeneità dei livelli quantitativi e qualitativi dell'offerta.

L'Università Cattolica del Sacro Cuore ha manifestato l'intenzione di allineare i propri orientamenti alle scelte e alle esigenze espresse dalla Regione Molise nell'ambito della propria pianificazione sanitaria.

In particolare, per sostenere e favorire il processo di concentrazione delle attività per acuti nel capoluogo molisano attraverso la costituzione di un polo ospedaliero unico, l'Università Cattolica è disposta ad addivenire con la Regione Molise alla stipula di un accordo che prevede:

- chiusura del contenzioso in essere;
- acquisto della struttura ospedaliera da parte della Regione Molise o, in alternativa, stipula di un contratto di locazione pluriennale con opzione di riscatto;
- riassetto della governance della Fondazione "Giovanni Paolo II" a favore della Regione Molise

- La struttura attualmente gestita dalla Fondazione “Giovanni Paolo II” è occupata ed utilizzata solo parzialmente.

Essa è articolata in 4 blocchi funzionali (ala A,B,C,D) connessi ad una piastra con le sale operatorie ed i servizi, in grado di ospitare, con interventi di minima in termini di opere murarie ed impiantistica, fino a 375 posti letto.

I lavori di adeguamento strutturale necessari verranno sostenuti da ciascuno dei due soggetti in base ai rispettivi titoli, capitalizzati sugli stati patrimoniali e valorizzati annualmente, in chiave economica, in base alle quote di ammortamento generate.

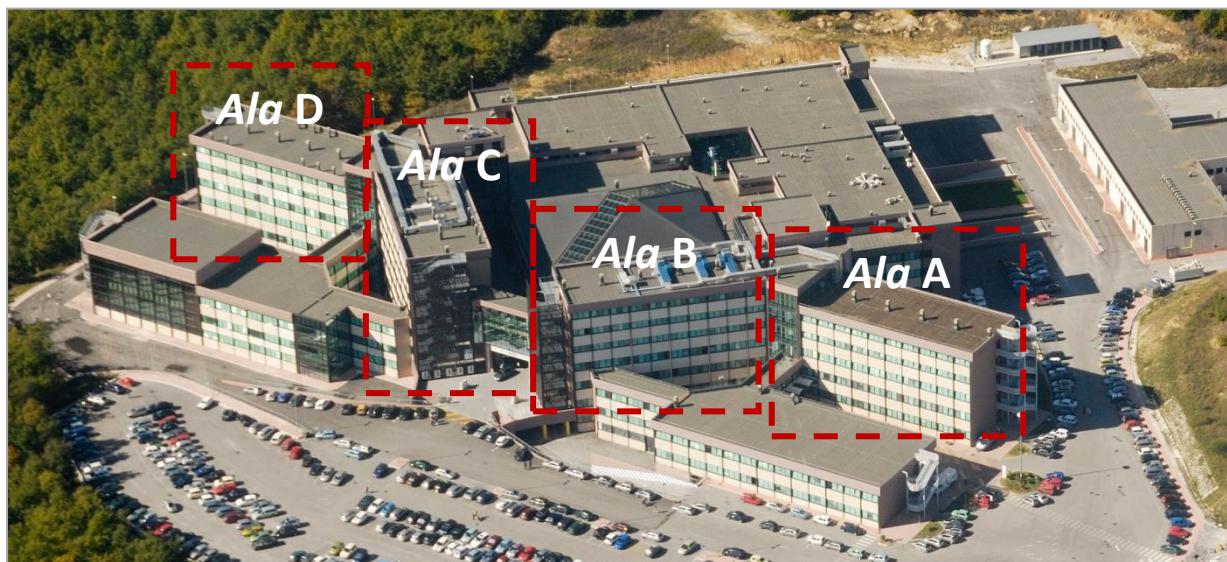


Figura 12 - Visione aerea delle ali del complesso ospedaliero

Facendo riferimento alle dotazioni previste per il P.O. “A. Cardarelli” e per la Fondazione “Giovanni Paolo II”, l’idea è quella di concentrare in un’unica struttura i complessivi 358 P.L.³ (Cardarelli: 228 + Fondazione: 130, di cui 116 per acuzie + 14 per riabilitazione), realizzando un polo ospedaliero unico, in grado di offrire servizi completi all’utente e di elevato livello qualitativo, affiancando la capacità e validità di un DEA di II livello ad un Istituto di alta specializzazione e, soprattutto, concentrando il livello possibile di investimento in tecnologie in una sola e condivisa area dei servizi (sale operatorie, radiologia, laboratorio analisi, ecc.), con il conseguente incremento del livello di supporto in termini di modernità e specificità tecnologica.

Più in particolare, il P.O. Cardarelli occuperà le intere Ala A ed Ala B, tra loro interconnesse da un unico corpo scala centrale e, sfruttando i già esistenti tunnel di collegamento, il 2° e 3° piano dell’Ala C.

I reparti della Fondazione, invece, saranno allocati nell’intera Ala D ed ai piani 1°, 4° e 5° dell’Ala C, sfruttando il corpo scala centrale che verrà isolato in corrispondenza dei piani 2° e 3°.

La tabella seguente mostra l’ipotesi di distribuzione dei posti letto nei 4 blocchi funzionali, con l’indicazione della perimetrazione tra P.O. Cardarelli e Fondazione evidenziata in rosso.

³ Inclusi i P.L. di terapia intensiva ed UTIC

Capacità posti letto del complesso ospedaliero					
	Ala D	Ala C	Ala B	Ala A	TOTALE
Piano 5		22	22		44
Piano 4	22	22	22	22	88
Piano 3	22	22	22	22	88
Piano 2	22	22	22	22	88
Piano 1	7	16	22	22	67
Totale P.L.	73	104	110	88	375

Tabella 58 - Capacità del complesso ospedaliero e ipotesi di divisione dei posti letto

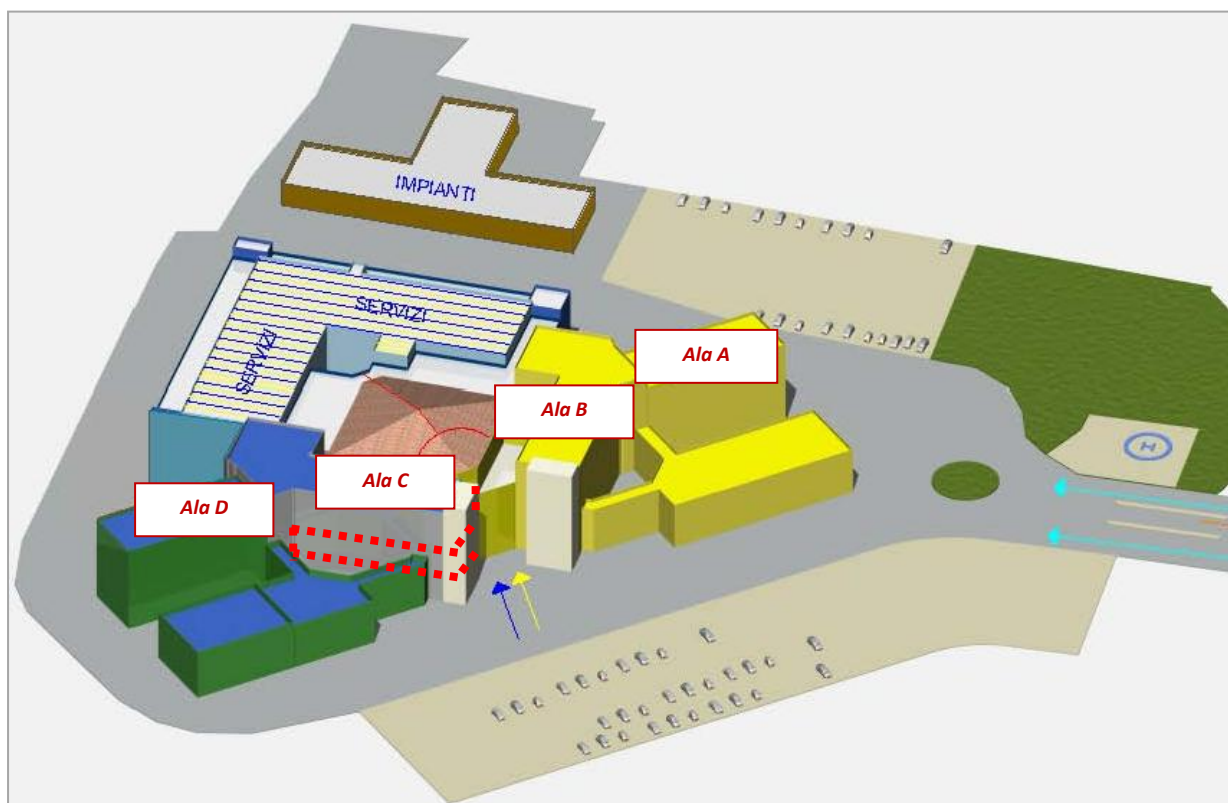


Figura 13 - Visione d'insieme della divisione degli spazi interni al complesso

Dalle tavole si nota come la struttura consenta di creare tre aree ben distinte:

- **la prima**, occupata dal P.O. Cardarelli, che continuerà a garantire assistenza attraverso le eccellenze professionali già espresse da parte dei relativi operatori sanitari, ma con standard strutturali notevolmente superiori, con piena autonomia fisica anche in termini di accessi e segnaletica;
- **la seconda**, occupata dalla Fondazione, che assicurerà l'erogazione di attività già attualmente di specifica eccellenza, ad integrazione di quanto erogato dall'ASREM;
- **la terza**, occupata dai cosiddetti "servizi", funzionali e di supporto alle attività per acuti delle due strutture, ma con benefici aggiuntivi legati, da un lato, all'eliminazione delle sovrapposizioni e delle duplicazioni, dall'altro, alla possibilità di impiegare strutture ed attrezzature all'avanguardia nonché personale adeguato, in termini di dotazione organica, ivi inclusi i docenti ed i ricercatori della Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi del Molise. Al suo interno sono già presenti 7 sale operatorie e 16 box per terapia intensiva e/o UTIC.

Al fine di mantenere visibilmente differenziate le identità di ciascuno dei due soggetti presenti all'interno della struttura, che seppur integrati restano fra di loro distinti, si prevederanno anche due accessi separati, uno recante la segnaletica del P.O. Cardarelli, l'altro della Fondazione, come simulato nella tavola seguente.



Figura 14 - Visione dell'ipotesi dei due ingressi

La suddetta soluzione organizzativa garantirà ad entrambi i soggetti coinvolti la possibilità di usufruire di economie di scala, pur se di diversa natura:

- per il Cardarelli, esse saranno legate essenzialmente alla riduzione dell'impatto dei costi di struttura (manutenzioni, utenze, etc.);
- alla Fondazione, invece, l'integrazione garantirà la possibilità di saturare la capacità produttiva della struttura e di ottenere "costi marginali" inferiori per l'erogazione delle prestazioni, rispetto a quelli correnti.

A ciò si aggiunga la realizzabilità di una gestione condivisa di gran parte dei servizi (alberghieri, tecnici, generali, etc.), della logistica e, soprattutto, l'adesione alla Centrale Unica degli Acquisti anche della Fondazione, che permetterà di avere volumi maggiori e, dunque, condizioni di acquisto di beni e servizi più vantaggiose.

Un'ulteriore opportunità è da rinvenirsi nell'attuazione di interscambi e collaborazioni sul fronte del personale.

A tal proposito va, però, chiarito che il personale delle due strutture resta alle dipendenze di ciascuna di esse, secondo le condizioni contrattuali in essere ed, altresì, che laddove le stesse condividano la gestione di servizi, la responsabilità degli stessi dovrà essere in capo al soggetto pubblico. Ciò anche al fine di garantire a quest'ultimo il completo governo dei percorsi clinico assistenziali, con particolare riguardo a quelli connessi all'emergenza.

Le modalità di utilizzo e remunerazione del personale di uno dei due soggetti nelle attività erogate dall'altro verranno definite con apposita convenzione. La medesima convenzione dovrà, altresì, indicare le direttive per il computo e la suddivisione dei costi generali e riportare i regolamenti relativi ai percorsi, all'organizzazione clinico sanitaria ed alla logistica.

Dovrà, inoltre, essere formulato e condiviso tra i responsabili amministrativi e sanitari delle due strutture un cronoprogramma, nel quale sarà contenuto il percorso da seguire per il graduale trasferimento delle attività sanitarie dal Presidio Cardarelli.

Per quanto riguarda, infine, la struttura che attualmente ospita il Cardarelli, essa si compone di 4 moduli: i primi due, completati rispettivamente nel 1976 e 1983 non risultano idonei, in base alla normativa vigente, dal punto di vista tecnico ed, in particolare, sismico.

I moduli 3 e 4, al contrario, completati nel 1996 e 2008 potranno da una parte mantenere la loro attuale destinazione (ad esempio, medicina nucleare, riabilitazione e università), dall'altra accogliere attività di tipo

anche territoriale (ad esempio, Fibrosi Cistica, Diabetologia Pediatrica ecc.) nonché gli spazi per l'attività libero professionale.

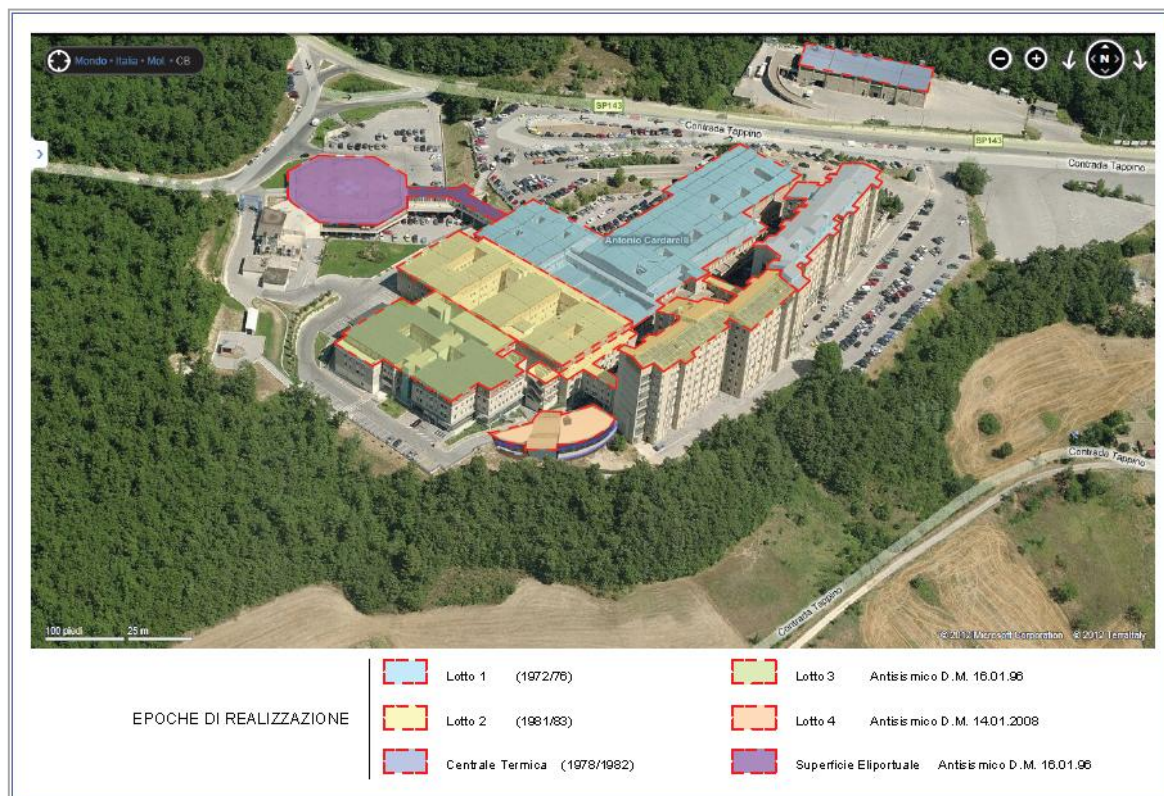


Figura 15 - Riepilogo epoche di realizzazione lotti costituenti il complesso ospedaliero

Azioni da intraprendere

Al fine di rendere le azioni descritte in precedenza operative a partire da Luglio 2014 così da poter concludere il processo di integrazione entro Dicembre 2014, la Regione Molise intende:

- redigere ed inviare ai ministeri competenti lo studio di fattibilità in merito al processo di integrazione tra ASReM e Fondazione Giovanni Paolo II entro e non oltre Febbraio 2014. All'interno del predetto documento saranno esplicitate modalità e tempistiche relative al processo di integrazione;
- avviare le procedure di integrazione a partire da Maggio 2014 prevedendo di ricevere i pareri ministeriali entro 60 giorni;
- redigere un piano di riconversione/utilizzo delle ali del complesso ospedaliero Cardarelli soggette a dismissione a seguito dell'integrazione con la Fondazione Giovanni Paolo II entro Giugno 2014;
- sottoscrivere la convenzione con la Fondazione Giovanni Paolo II, già descritta in precedenza, entro Aprile 2014 seppur prevedendo una clausola che subordini la sua effettiva validità al parere favorevole dei Ministeri;
- concludere il processo di spostamento delle attività del Cardarelli entro e non oltre Dicembre 2014;
- avviare il processo di dismissione/riconversione delle ali del complesso ospedaliero Cardarelli soggette a dismissione a seguito dell'integrazione con la Fondazione Giovanni Paolo II entro Febbraio 2015.

Si stima che l'integrazione e la conseguente dismissione di parte del complesso ospedaliero Cardarelli, al netto dei costi stimati necessari alle procedure di spostamento e di adattamento che saranno effettuati presso i nuovi locali del nuovo polo ospedaliero, comporteranno, dopo aver effettuato un abbattimento prudenziale del 20%, un risparmio pari a 3 €/mln per il 2015.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Aumento di efficienza dell'assistenza erogata	
Risparmi derivanti dalle economie connesse all'integrazione tra Cardarelli e Fondazione Giovanni Paolo II	
Riduzione delle spese sostenute per manutenzioni ordinarie e straordinarie ed utenze del complesso ospedaliero Cardarelli	
Aumento della capacità di offerta e servizi assistenziali	
Indicatori di risultato	Tempistica
Redazione studio di fattibilità	Febbraio 2014
Avvio procedure di integrazione (previa autorizzazione Ministeri)	Maggio 2014
Redazione del piano di riconversione/utilizzo delle ali del complesso ospedaliero Cardarelli soggette a dismissione	Giugno 2014
Sottoscrizione della convenzione con la Fondazione Giovanni Paolo II	Giugno 2014
Avvio delle procedure operative di spostamento delle attività ospedaliere	Settembre 2014
Conclusione processo di integrazione	Dicembre 2014
Avvio del processo di dismissione/riconversione delle ali del complesso ospedaliero Cardarelli soggette a dismissione	Febbraio 2015
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Servizio Ospedalità pubblica e privata della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
Responsabile dell'assistenza ospedaliera ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
Risparmi da integrazione Cardarelli – Anno 2015	3,0 €/mln
TOTALE	3,0 €/mln

Azione 14.1.3: Specialità Ospedaliere e riorganizzazione dei dipartimenti

Tenuto conto delle modifiche contenute nei presenti Programmi Operativi all'assetto dell'organizzazione ospedaliera, tra cui, in particolare, la rimodulazione dei posti letto, la connessione strutturale e funzionale tra il Cardarelli ed i Presidi di Isernia e Termoli nonché l'integrazione tra Cardarelli e Fondazione "Giovanni Paolo II", l'offerta sanitaria pubblica viene rimodulata prevedendo Unità Operative Complesse, Unità Operative Semplici e a Valenza Dipartimentale afferenti a soli tre Dipartimenti:

- Dipartimento di Medicina;
- Dipartimento di Chirurgia;
- Dipartimento dei Servizi.

Per ciascuno dei suddetti Dipartimenti si evidenziano di seguito i dettagli organizzativi.

Si precisa che, in riferimento al Polo Ospedaliero di Campobasso, sono indicati anche i Direttori delle Unità Operative Complesse a diretta gestione della Fondazione, i cui costi restano in capo a quest'ultima.

- Ai fini di una corretta analisi dell'impatto dell'integrazione tra Cardarelli e Fondazione sulla struttura organizzativa della rete ospedaliera e sui relativi costi, pertanto, si considererà un numero di Direttori di U.O.C. afferenti alla Fondazione pari a 7 unità, limitando lo scorporo alle sole unità operative per le quali allo stato non esistono le omologhe articolazioni presso il Presidio Ospedaliero di Campobasso.

Dipartimento di Medicina										
cod.	Specialità	P.O. Campobasso + FGPII			P.O. Isernia			P.O. Termoli		
		UOC	UOVD	UOS	UOC	UOVD	UOS	UOC	UOVD	UOS
8	Cardiologia	1			1			1		
	Emodinamica	1								
	UTIC			1			1			1
2	Day Hospital		1			1			1	
	Gastroenterologia	1							1	
21	Geriatria	1								
19	Mal. Endocrine	1								
24	Mal. Infettive		1							
26	Medicina Generale	1			1			1		
	Dermatologia			1			1			
29	Nefrologia	1								
	Dialisi			1			1			1
32	Neurologia	1					1			1
	Nutrizione clinica		1							
66	Oncoematologia	1								
64	Oncologia	1					1			1
39	Pediatria	1				1			1	
	Pneumologia		1							
	Pronto Soccorso	1			1			1		
51	Astanteria			1			1			1
	Reumatologia		1							
56	Riabilitazione		1			1			1	
40	SPDC		1			1			1	
	Stroke unit		1							
73	TIN		1							
TOTALE		12	9	4	3	4	6	3	5	5

Tabella 59 - Composizione dipartimento di medicina (Situazione a tendere al 31.12.2015)

Dipartimento di Chirurgia										
cod	Specialità	P.O. Campobasso + FGPII			P.O. Isernia			P.O. Termoli		
		UOC	UOVD	UOS	UOC	UOVD	UOS	UOC	UOVD	UOS
7	Cardiochirurgia	1								
	Chir. oncologica	1					1			1
	Patologia senologica						1			
	Chir. oncologica brest unit		1							
9	Chirurgia generale	1			1			1		
	Chir. Bariatrica			1						1
	Chir. Colon-proctologica			1						
	Chir. d'urgenza		1							1
	Chir. Toracica		1							
	Chir. Vertebrale e mininvasiva		1							
	C.U.R. IVG		1							
	Neurochirurgia			1						
98	Day Surgery		1			1			1	
34	Oculistica	1					1			1
36	Ortopedia	1			1			1		
	Chir. del piede			1						
	Chir. della mano						1			
35	Odontoiatria e stomatologia		1							
37	Ostetr. e ginec. (Nido)	1				1			1	
38	Otorinolaringoiatria		1			1		1		
43	Urologia	1					1		1	
	Urologia endoscopica			1						
14	Chir. Vascolare	1								
TOTALE		8	8	5	2	3	5	3	3	4

Tabella 60 - Composizione dipartimento di chirurgia (Situazione a tendere al 31.12.2015)

Dipartimento dei Servizi										
cod	Specialità	P.O. Campobasso + FGPII			P.O. Isernia			P.O. Termoli		
		UOC	UOVD	UOS	UOC	UOVD	UOS	UOC	UOVD	UOS
	Anestesia e rianimazione	1			1			1		
49	Terapia intensiva			1			1			1
	Blocco operatorio			1			1			1
	Anatomia Pat.	1					1			1
	Farmacia	1				1			1	
	Genetica medica		1							
	Lab.Analisi	1					1			1
	Biologia molecolare			1						
	Med.Nucleare	1					1			1
	Med.Trasfus.	1					1			1
	Radiologia	1			1			1		
	Radioterapia	1								
TOTALE		8	1	3	2	1	6	2	1	6

	Direz. Sanitaria P.O.	1				1			1	
	SDO - DRG			1						
TOTALE		1		1		1			1	

TOTALE DIPARTIMENTI	29	18	13	7	9	17	8	10	15
----------------------------	-----------	-----------	-----------	----------	----------	-----------	----------	-----------	-----------

Riepilogo UU.OO. e variazioni previste			
Unità operative	AS IS	TO BE	Δ
U.O.C. (incl. 7 per Fondazione)	68	44	-24
U.O.V.D.	9	37	28
U.O.S.	45	45	0

Tabella 61 - Composizione servizi e riepilogo del totale complessivo delle unità operative (Situazione a tendere al 31.12.2015)

Entro e non oltre 30 giorni dall'approvazione dei presenti Programmi Operativi la Regione predisporrà uno specifico documento di analisi nel quale la sopra riportata struttura organizzativa verrà coniugata con il Piano di riassetto della rete ospedaliera.

Nelle sopra riportate in riferimento alla neurochirurgia compare soltanto una U.O.S., in quanto la Regione intende porre in essere un percorso di integrazione, anche attraverso l'istituzione di un dipartimento interaziendale di neuroscienze, sempre a direzione del soggetto pubblico, con l'IRCCS Neuromed, che si è reso disponibile all'attivazione di un Pronto Soccorso dedicato, in linea con l'operatività della stroke unit di II livello.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Creazione dei dipartimenti interaziendali	
Efficientamento delle funzioni dei singoli reparti in relazione alla nuova direzione unica	
Miglioramento dell'assistenza	
Indicatori di risultato	Tempistica
Invio dell'documento di programmazione	Entro 30 GG da approvazione PO 2013-2015
Sottoscrizione degli accordi con le strutture private per l'attivazione delle funzioni dipartimentali integrate	Giugno 2014
Conclusione del processo di riorganizzazione dei dipartimenti	Giugno 2015
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Servizio Ospedalità pubblica e privata	
DG ASReM	
Responsabile dell'assistenza ospedaliera	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Intervento 14.2: Specialistica ambulatoriale

In Molise vengono erogate circa 5 milioni di prestazioni ambulatoriali annue per un valore di oltre 66 milioni di euro (fonte sistema TS SOGEI 2011⁴), articolate in base alle differenti branche di offerta regionale e suddivise tra sistema pubblico e sistema dei privati accreditati.

Tali cifre percentualmente imponenti, in relazione alla popolazione residente⁵, impongono che la progettazione del sistema di offerta complessiva di servizi specialistici regionali risulti calibrata innanzitutto sul fabbisogno di prestazioni annue nonché in base alla possibilità che la capacità produttiva installata all'interno del sistema pubblico (attrezzature, spazi, personale) sia in grado:

- di rispondere tempestivamente alla domanda dell'utenza;
- di rispettare tempi di attesa per visite ed esami urgenti, urgenti differibili e programmabili secondo le indicazioni fornite dal Piano Nazionale di Governo dei Tempi di Attesa per il triennio 2010-2012, approvato con Accordo della Conferenza dello Stato e delle Regioni e Province autonome il 28 ottobre 2010;
- di appoggiarsi su un sistema tariffario a livello regionale, elaborato in relazione alla specificità delle prestazioni erogate nonché alle dinamiche dell'offerta e della domanda.

Il delta (non erogabile) tra offerta sanitaria pubblica e fabbisogno dell'utenza esterna (regionale ed extra regionale) dovrà essere assicurato attraverso il ricorso al privato accreditato, in relazione a quelle branche per le quali l'offerta pubblica risulta maggiormente carente e/o non direttamente sufficiente.

Diventa essenziale, a tal proposito, basare qualsiasi forma di progettazione del sistema di offerta specialistica ambulatoriale a livello regionale sull'indagine preventiva del fabbisogno espresso dalla popolazione.

⁴ Ad ogni modo, si è provveduto all'omogeneizzazione delle informazioni presenti in SOGEI, in quanto l'anagrafe dei codici fiscali degli assistiti presenti a sistema nonché l'articolazione delle prestazioni per branca non è sempre risultata precisa.

⁵ Circa 320 mila abitanti, per un valore di circa 15 prestazioni annue a paziente ed un valore medio di 206 euro *pro capite*.

Si è pertanto analizzato il campione inerente le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nel corso dell'esercizio 2011 e distinte tra:

- prestazioni erogate nell'ambito del sistema pubblico su residenti;
- prestazioni erogate nell'ambito del sistema privato su residenti;
- prestazioni in mobilità attiva a pazienti extra regionali;
- prestazioni in mobilità passiva a pazienti residenti in Molise, erogate presso strutture di altre regioni.

Valori in €	Specialistica ambulatoriale		
	Pubblici	Privati	Totale Specialistica
Residenti	28.936.375	13.724.296	42.660.671
Mobilità attiva extra regione	2.739.335	21.188.009	23.927.344
Mobilità passiva	5.505.387		5.505.387
Saldo mobilità	- 2.766.052	21.188.009	18.421.957

Tabella 62 - Prestazioni erogate per provenienza assistita, Anno 2011

In relazione alle caratteristiche dell'offerta e della domanda sarà necessario parametrare il sistema pubblico e, complementariamente a questo, anche il sistema dell'offerta dei privati accreditati.

Se al **fabbisogno reale interno** (ovvero la sommatoria delle prestazioni verso residenti, della mobilità passiva infraregionale sul privato accreditato e della mobilità passiva complessiva extra regionale) si aggiunge la mobilità attiva extra regionale, si perviene alla definizione del fabbisogno globale di prestazioni delle strutture pubbliche della Regione Molise, di seguito riportato⁶:

Fabbisogno Reale Molise						
Valori in €	CB	IS	TM	AG	TOTALE	
Residenti nelle strutture dell'Area	10.524.609	6.773.540	8.684.750	646.777	26.629.676	
Mobilità passiva intraregionale su pubblico	745.166	584.038	739.267	238.229	2.306.699	
Mobilità passiva intraregionale su privato	6.443.646	4.459.792	2.465.726	355.133	13.724.296	
Mobilità passiva extraregionale	1.408.267	1.560.802	2.128.873	407.445	5.505.387	
Fabbisogno reale residenti (residenti + passiva)	19.121.687	13.378.172	14.018.615	1.647.584	48.166.058	

Fabbisogno Globale Molise						
Valori in €	CB	IS	TM	AG	TOTALE	
Fabbisogno reale residenti (residenti + passiva)	19.121.687	13.378.172	14.018.615	1.647.584	48.166.058	
Mobilità attiva da regione	1.068.501	338.133	616.991	283.074	- 2.306.699	
Mobilità attiva extra regione	721.590	691.827	1.009.058	316.860	2.739.335	
Fabbisogno GLOBALE	20.911.778	14.408.132	15.644.664	2.247.518	48.598.694	

Saldo mobilità passiva extra regionale	- 686.677	- 868.975	- 1.119.815	- 90.586	- 2.766.052	
Saldo mobilità passiva extra reg.le + privato	- 7.130.323	- 5.328.767	- 3.585.540	- 445.718	- 16.490.348	

Tabella 63 - Calcolo fabbisogno reale prestazioni di specialistica ambulatoriale

In tale ambito i privati contribuiscono in maniera sensibile alla produzione di servizi, diversamente "dimensionati" per pazienti regionali e per pazienti non residenti, anche in relazione alle branche offerte, alla prossimità geografica delle regioni limitrofe, al grado di specializzazione delle diverse strutture presenti. Se ne

⁶ Il saldo della mobilità passiva ed attiva intraregionale sulle strutture pubbliche, ovviamente, si elide a livello complessivo regionale, in quanto "partita di giro" a livello complessivo interno.

da di seguito un quadro sintetico distinto per area di presenza dell'offerta privata (Termoli, Campobasso ed Isernia).

Privati regionali					
	Valori in €	CB	IS	TM	TOTALE
Residenti Regione		5.679.218	3.018.070	557.657	9.254.945
Mobilità attiva da regione		3.193.897	1.239.401	36.054	4.469.351
Mobilità attiva extra regione		6.379.439	12.724.093	2.084.478	21.188.009
Offerta Privati Regionali		15.252.553	16.981.563	2.678.189	34.912.305

Tabella 64 - Privati regionali

Offerta Privati Regionali (valore)

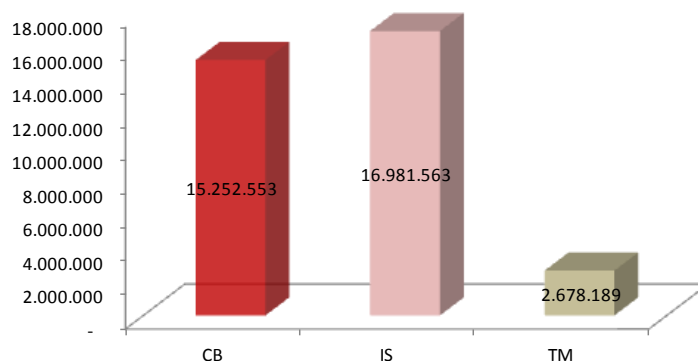


Figura 16 - Offerta Privati regionali

Offerta per tipologia

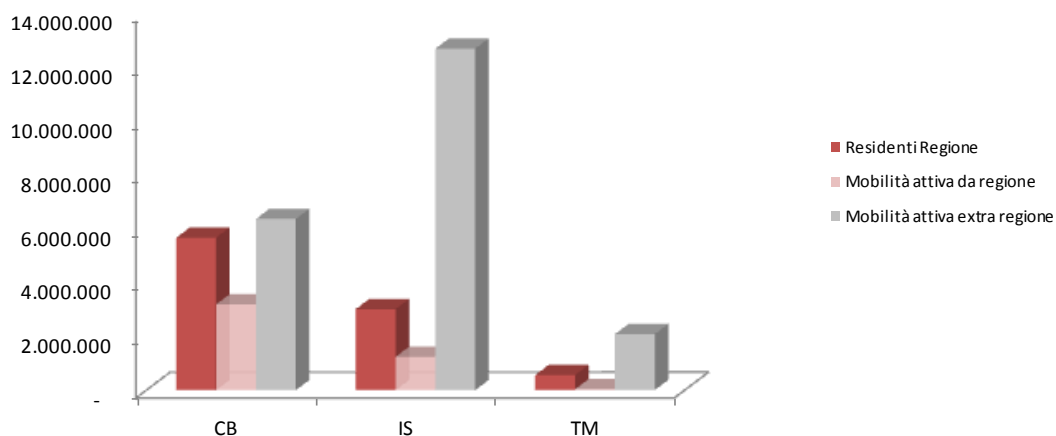


Figura 17 - Offerta per tipologia

In estrema sintesi, considerando che la mobilità attiva che i privati di ogni area realizzano sui pazienti residenti presso le restanti aree quale componente dell'offerta a pazienti regionali, la rappresentazione della composizione finale dell'offerta intra ed extra regionale è di seguito riportata.

Privati regionali (Sintesi per tipologia offerta)					
Valori in €	CB	IS	TM	TOTALE	%
Residenti Regione	8.873.115	4.257.470	593.711	13.724.296	39%
Totale Extra Regione	6.379.439	12.724.093	2.084.478	21.188.009	61%
Offerta Privati Regionali	15.252.553	16.981.563	2.678.189	34.912.305	100%

Tabella 65 - Privati regionali (sintesi per tipologia di offerta)

Tipologia offerta complessiva privati regionali

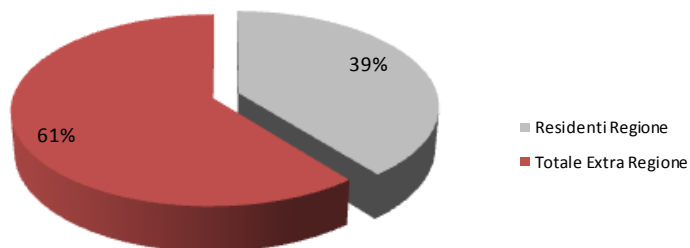


Figura 18 - Tipologia offerta complessiva privati regionali

Confronto Ambiti per tipologia offerta

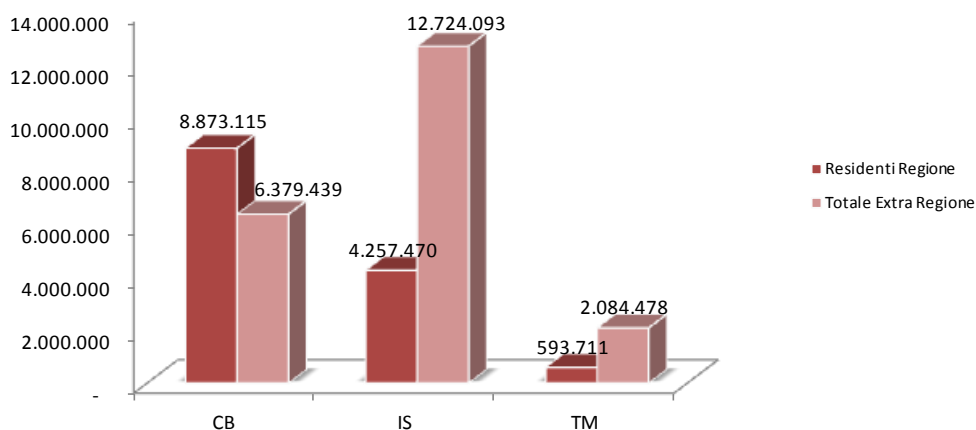


Figura 19 - Confronto Ambiti per tipologia di offerta

Complessivamente il sistema privato regionale lavora per il 39% verso pazienti regionali e per il 61% verso extra regionali, con saggi di incidenza più marcata:

- presso Isernia, essenzialmente in relazione alla presenza dell'IRCCS Neuromed;
- presso Campobasso, a causa della presenza di privati quali Fondazione G.P. Il e Domenico Potito;
- presso Termoli, in relazione alla presenza di Medical Center.

Operando un focus sulla produzione per branca ed isolando:

- la medicina nucleare⁷ (PET);
- la diagnostica strumentale (TAC/RMN);
- le prestazioni di laboratorio;
- l'oculistica ambulatoriale.

Si perviene all'individuazione del ruolo dei maggiori privati presenti in relazione al sistema pubblico.

Medicina nucleare

Si riporta la composizione pubblico/privato della spesa 2011, da cui si evidenzia la rilevante presenza del privato in ambito regionale:

Composizione pubblico-privato	
Tipologia	Importo
Privato	4.514.619
Pubblico	1.215.567
Totale	5.730.187

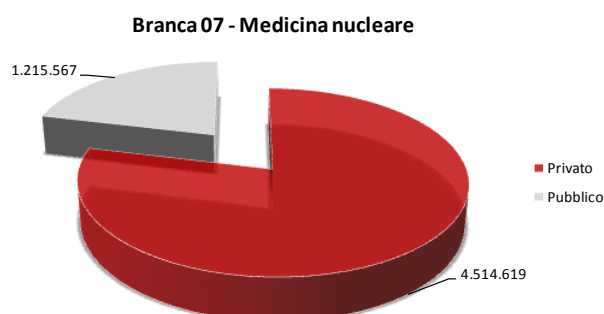


Figura 20 - Composizione spesa pubblico privato anno 2011

L'incidenza dei diversi attori pubblici e privati, nonché la composizione (regionale ed extra regionale) è la seguente:

Ripartizione per fornitore		
Fornitore	Importo	%
Neuromed	4.514.619	79%
ASReM	1.215.567	21%
Totale	5.730.187	100%

Tabella 66 - Ripartizione per fornitore

Composizione dell'offerta				
Domanda per provenienza	Offerta ASREM	%	Offerta Neuromed	%
Extraregionale	302.487	25%	3.700.363	82%
Regionale	913.080	75%	814.257	18%
TOTALE	1.215.567	100%	4.514.619	100%

Tabella 67 - Composizione dell'offerta

La prestazione prevalente è la Tomoscintigrafia Globale Corporea (PET/TAC), erogata essenzialmente verso pazienti extra regionali. Ad ogni modo, l'offerta di Neuromed supera quella ASREM anche verso pazienti regionali:

⁷ Per la branca in oggetto si è provveduto all'omogeneizzazione delle informazioni presenti sul database SOGEI, in quanto la relativa branca 07 era stata accorpata alla branca diagnostica (08), in sede di invio dei dati.

Tomoscintigrafia Globale Corporea (PET)		
Ambito domanda	Privato (NEUROMED)	%
Extraregionale	3.030.935	83%
Regionale	631.182	17%
Totale	3.662.117	100%

Tomoscintigrafia Globale Corporea (PET)		
Ambito domanda	Pubblico	%
Extraregionale	184.324	41%
Regionale	264.698	59%
Totale	449.021	100%

Tabella 68 - Tomoscintigrafia Globale Corporea (PET/TAC), Neuromed vs ASReM

L'incidenza della mobilità passiva sulla branca in oggetto è relativamente bassa, con preponderanza dei fornitori di Lazio, Campania ed Emilia Romagna:

Incidenza mobilità passiva Medicina Nucleare			
Branche	Importo mobilità passiva	Importo offerta residenti	Incidenza %
07 - DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE	255.817	1.727.337	15%

Tabella 69 - Incidenza mobilità passiva Medicina Nucleare

Diagnostica strumentale

Si riporta la composizione pubblico/privato della spesa 2011, da cui si evidenzia la importante presenza del privato in ambito regionale:

Composizione pubblico-privato	
Tipologia	Importo
Privato	16.649.015
Pubblico	3.712.911
Totale	20.361.927

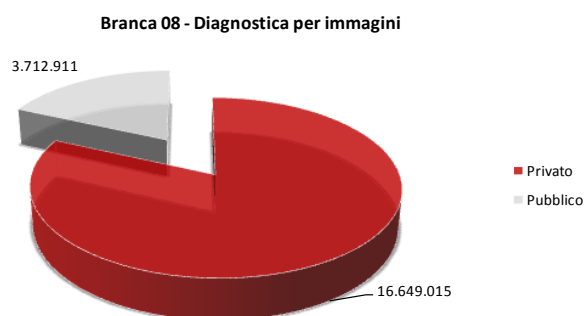


Figura 21 - Composizione spesa pubblico privato anno 2011

L'incidenza dei diversi attori pubblici e privati, nonché la composizione (regionale ed extra regionale) è la seguente:

Ripartizione per fornitore	
Fornitore	Importo
NEUROMED SNC	8.539.594
AZIENDA SANITARIA REGIONALE DEL MOLISE	3.712.911
DOMENICO E FRANCESCO POTTITO S.R.L.	3.330.118
UNIVERSITA' CATTOLICA DEL SACRO CUORE	2.592.449
MEDICAL CENTER	2.023.311
CASA DI CURA VILLA ESTHER	122.737
STUDIO RADIOLOGICO FICCA	27.547
IST.FISIOTERAPICO DR. CARIELLO G.	12.524
ATLAS	736
Totale	20.361.927

Tabella 70 - Ripartizione per fornitore

Composizione dell'offerta		
Domanda per provenienza	Offerta pubblico	%
Extraregionale	328.871	9%
Regionale	3.384.040	91%
TOTALE	3.712.911	100%

Composizione dell'offerta		
Domanda per provenienza	Offerta privato	%
Extraregionale	11.569.791	69%
Regionale	5.079.224	31%
TOTALE	16.649.015	100%

Tabella 71 - Composizione dell'offerta

La prestazione prevalente è Risonanza Magnetica Nucleare (TAC/RMN), erogata essenzialmente verso extra regionali. Ad ogni modo, l'offerta di Neuromed supera quella ASREM anche verso pazienti regionali, con forte presenza di Fondazione e Potito:

RMN pazienti regionali		
Fornitore	Importo	%
NEUROMED SNC	1.465.076	46%
ASREM	903.714	28%
DOMENICO E FRANCESCO POTITO S.R.L.	499.248	16%
UNIVERSITA' CATTOLICA DEL SACRO CUORE	205.424	6%
MEDICAL CENTER	116.239	4%
Totale	3.189.701	100%

Tabella 72 - Ripartizione per fornitore pazienti regionali

L'offerta extra regionale è invece riportata di seguito, da cui si osserva l'importante presenza anche di Medical Center (Termoli). Fondazione G.P. Il risulta invece fortemente sottodimensionata nell'offerta a pazienti non residenti:

RMN pazienti extra regione		
Fornitore	Importo	%
NEUROMED SNC	3.931.988	54%
DOMENICO E FRANCESCO POTITO S.R.L.	1.819.841	25%
MEDICAL CENTER	1.400.703	19%
ASREM	66.833	1%
UNIVERSITA' CATTOLICA DEL SACRO CUORE - CENTRO DI	52.422	1%
Totale	7.271.787	100%

Tabella 73 - Ripartizione per fornitore pazienti extra regionali

Si presenta, infine, l'offerta di prestazioni di diagnostica strumentale dei due principali centri privati regionali (Neuromed e Fondazione) verso pazienti residenti sull'area di rispettiva localizzazione degli istituti in esame:

Prestazioni Neuromed su Area Isernia		
Fornitore	Importo	Quantità
NEUROMED SNC	1.353.234	11.970
Offerta complessiva NEUROMED	8.539.594	60.936
% di offerta Isernia	16%	20%

Tabella 74 - Prestazioni Neuromed su Area di Isernia

Prestazioni Cattolica su Area Campobasso		
Fornitore	Importo	Quantità
UNIVERSITA' CATTOLICA	1.194.392	19.427
Offerta complessiva Cattolica	2.592.449	37.309
% di offerta Campobasso	46%	52%

Tabella 75 - Prestazioni Cattolica su Area di Campobasso

Tale analisi dimostrano che:

- Neuromed concentra circa un quinto delle prestazioni di diagnostica strumentale solo su pazienti della relativa zona di localizzazione geografica, ovvero sull'Area isernina;
- Fondazione concentra addirittura quasi la metà delle prestazioni di diagnostica strumentale solo su pazienti della relativa zona di localizzazione geografica, ovvero sull'Area di Campobasso.

L'incidenza della mobilità passiva sulla branca in oggetto è relativamente bassa, con preponderanza dei fornitori di Abruzzo e Lazio, che dimostra probabilmente una mobilità di prossimità:

Incidenza mobilità passiva Radiologia Diagnostica			
Branche	Importo mobilità passiva	Importo offerta residenti	Incidenza %
08 - DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	1.087.188	8.463.264	13%

Tabella 76 - Incidenza mobilità passiva Radiologia Diagnostica

Laboratorio Analisi

Si riporta la composizione pubblico/privato della spesa 2011, da cui si evidenzia la prevalente presenza dell'offerta pubblica in ambito regionale, giustificata anche dal relativo basso valore unitario delle prestazioni in esame, che porta il privato a focalizzarsi su prestazioni ad alto impatto tecnologico e contemporaneo forte valore unitario:

Composizione pubblico-privato	
Tipologia	Importo
Privato	3.137.981
Pubblico	9.351.024
Totale	12.489.005

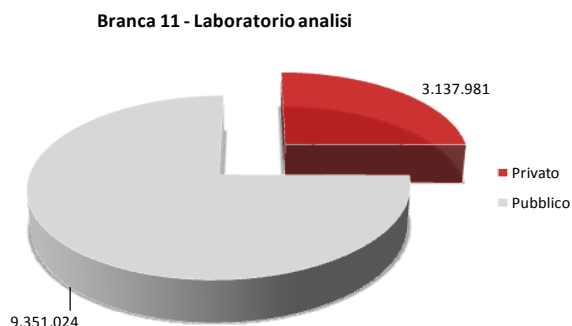


Figura 22 - Composizione spesa pubblico privato anno 2011

L'incidenza dei diversi attori pubblici e privati, nonché la composizione (regionale ed extra regionale) è la seguente, che dimostra la prevalenza di Fondazione nell'ambito dell'offerta privata:

Ripartizione per fornitore	
Fornitore	Importo
AZIENDA SANITARIA REGIONALE DEL MOLISE	9.351.024
UNIVERSITA' CATTOLICA DEL SACRO CUORE	1.577.596
NEUROMED SNC	346.114
CASA DI CURA VILLA ESTHER	220.969
LABORATORIO ANALISI COLELLA EVELINA GINA	124.766
CENTRO ALLERGOLOGICO DEL MOLISE	123.040
DIAGNOSTICA FORTORE	117.270
LABORATORIO ANALISI DR. GENNARO DE GREGORIO	113.501
BIOMEDICAL S.N.C.	94.071
GAMMA S.N.C. DI LEONE ANGELA E C.	85.294
CASA DI CURA VILLA MARIA	81.806
CENTRO DIAGNOSTICO MINERVA S.R.L.	73.662
LABORATORIO ANALISI BIOLAB SRL	49.662
CENTRO MEDICO DEL MOLISE	46.663
LABORATORIO ANALISI GRAVINA MARIA LUISA	43.155
LABORATORIO ANALISI ARETINI-DE GREGORIO	40.411
Totale	12.489.005

Tabella 77 - Ripartizione per fornitore

Composizione dell'offerta		
Domanda per provenienza	Offerta pubblico	%
Extraregionale	597.844	6%
Regionale	8.753.180	94%
TOTALE	9.351.024	100%

Composizione dell'offerta		
Domanda per provenienza	Offerta privato	%
Extraregionale	366.387	12%
Regionale	2.771.594	88%
TOTALE	3.137.981	100%

Tabella 78 - Composizione dell'offerta

Questa ulteriore immagine evidenzia che Fondazione surroga in ambito regionale l'offerta di prestazioni, ponendosi quale diretto *competitor* rispetto alle strutture pubbliche ed apparendo, in buona sostanza, come vera e propria struttura di offerta regionale, di questo importo circa il 70% è offerto sull'area di Campobasso:

Prestazioni Cattolica su Area Campobasso	
Fornitore	Importo
UNIVERSITA' CATTOLICA	1.106.769
Offerta Cattolica	1.577.596
% offerta su CB	70%

Tabella 79 - Prestazioni Cattolica su Area di Campobasso

Tale circostanza dimostra che, come nel caso di delle prestazioni di diagnostica strumentale, che l'offerta sull'area di insidenza geografica aumenta ed entra in diretta competizione con gli ospedali pubblici di area.

Le prestazioni prevalenti riguardano:

- prelievo sangue venoso;
- emocromo;
- tireotropina;
- tiroxina libera;
- triiodotironina libera;
- psa.

Erogate essenzialmente verso pazienti regionali.

Laboratorio analisi - Pazienti regionali		
Fornitore	Importo	%
AZIENDA SANITARIA REGIONALE DEL MOLISE	8.753.180	76%
UNIVERSITA' CATTOLICA DEL SACRO CUORE	1.420.490	12%
NEUROMED SNC	233.221	2%
CASA DI CURA VILLA ESTHER	214.668	2%
LABORATORIO ANALISI COLELLA EVELINA GINA	119.483	1%
DIAGNOSTICA FORTORE	117.270	1%
LABORATORIO ANALISI DR. GENNARO DE GREGORIO	105.167	1%
CENTRO ALLERGOLOGICO DEL MOLISE	95.428	1%
BIOMEDICAL S.N.C.	84.634	1%
GAMMA S.N.C. DI LEONE ANGELA E C.	79.253	1%
CASA DI CURA VILLA MARIA	78.498	1%
CENTRO DIAGNOSTICO MINERVA S.R.L.	55.990	0%
LABORATORIO ANALISI BIOLAB SRL	47.140	0%
LABORATORIO ANALISI GRAVINA MARIALUISA	43.155	0%
CENTRO MEDICO DEL MOLISE	39.534	0%
LABORATORIO ANALISI A RETINI-DE GREGORIO	37.664	0%
Totale	11.524.775	100%

Tabella 80 - Laboratorio analisi - Pazienti regionali

Come detto, l'offerta della Fondazione appare importante in relazione alla produzione ASREM per pazienti regionali, circostanza che conferma le precedenti considerazioni circa la configurazione di diretto *competitor*, assunta nel corso degli anni dall'istituto in esame.

Laboratorio analisi - Pazienti extra regione		
Fornitore	Importo	%
AZIENDA SANITARIA REGIONALE DEL MOLISE	597.844	62%
UNIVERSITA' CATTOLICA DEL SACRO CUORE	157.106	16%
NEUROMED SNC	112.893	12%
CENTRO ALLERGICOLOGICO DEL MOLISE	27.612	3%
CENTRO DIAGNOSTICO MINERVA S.R.L.	17.672	2%
BIOMEDICAL S.N.C.	9.438	1%
LABORATORIO ANALISI DR. GENNARO DE GREGORIO	8.335	1%
CENTRO MEDICO DEL MOLISE	7.129	1%
CASA DI CURA VILLA ESTHER	6.300	1%
GAMMA S.N.C. DI LEONE ANGELA E C.	6.041	1%
LABORATORIO ANALISI COLELLA EVELINA GINA	5.283	1%
CASA DI CURA VILLA MARIA	3.308	0%
LABORATORIO ANALISI ARETINI-DE GREGORIO	2.748	0%
LABORATORIO ANALISI BIOLAB SRL	2.522	0%
Totale	964.231	100%

Tabella 81 - Laboratorio analisi - Pazienti extra regione

L'offerta extra regionale, sensibilmente inferiore, dimostra la scarsa incidenza delle prestazioni in esame nel bilancio complessivo dell'offerta specialistica.

L'incidenza della mobilità passiva sulla branca in oggetto è relativamente bassa, con preponderanza dei fornitori di Abruzzo e Lazio, che dimostra probabilmente una mobilità di prossimità:

Incidenza mobilità passiva Laboratorio Analisi			
Branche	Importo mobilità passiva	Importo offerta residenti	Incidenza %
11 - LAB.ANALISI CHIMICO CLINICHE	1.790.862	11.524.775	16%

Tabella 82 - Laboratorio analisi - Pazienti extra regione

Oculistica

Si riporta la composizione pubblico/privato della spesa 2011, da cui si evidenzia la prevalente presenza dell'offerta privata:

Composizione pubblico-privato	
Tipologia	Importo
Privato	2.341.908
Pubblico	1.189.090
Totale	3.530.998

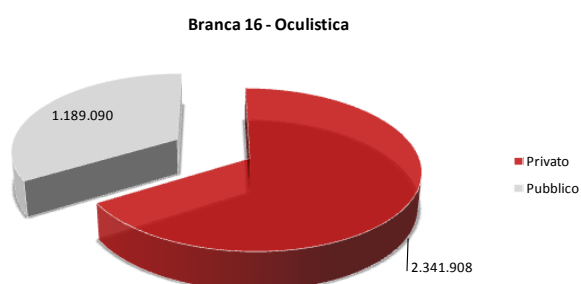


Figura 23 - Composizione spesa pubblico privato anno 2011

L'incidenza dei diversi attori pubblici e privati, nonché la composizione (regionale ed extra regionale) è la seguente, che dimostra la prevalenza del Centro Laurelli, nell'ambito dell'offerta privata.

Ripartizione per fornitore	
Fornitore	Importo
CENTRO DI CHIR. OCUL. LAURELLI FRANCESCO	1.482.625
AZIENDA SANITARIA REGIONALE DEL MOLISE	1.189.090
ISTITUTO OFTALMICO PENTRO	680.249
NEUROMED SNC	128.421
CENTRO OFTALMOLOGICO ANTHOS	47.826
CASA DI CURA VILLA ESTHER	2.787
Totale	3.530.998

Tabella 83 - Ripartizione per fornitore

Composizione dell'offerta		
Domanda per provenienza	Offerta pubblico	%
Extraregionale	309.373	26%
Regionale	879.718	74%
TOTALE	1.189.090	100%

Composizione dell'offerta		
Domanda per provenienza	Offerta privato	%
Extraregionale	1.843.003	79%
Regionale	498.904	21%
TOTALE	2.341.908	100%

Tabella 84 - Composizione dell'offerta

Le prestazioni prevalenti sono l'inserzione di cristallino e l'esame complessivo dell'occhio, erogate essenzialmente verso pazienti extra regionali:

Oculistica - Pazienti extra regione		
Fornitore	Importo	%
CENTRO DI CHIR. OCUL. LAURELLI FRANCESCO	488.059	56%
ISTITUTO OFTALMICO PENTRO	275.056	32%
AZIENDA SANITARIA REGIONALE DEL MOLISE	57.228	7%
NEUROMED SNC	47.689	5%
Totale	868.033	100%

Tabella 85 - Oculistica - Pazienti extra regione

L'offerta verso residenti è invece la seguente, evidenziando la presenza del Centro Laurelli in misura inferiore rispetto ad ASREM. Le prestazioni di ASREM sono offerte per il 38% dalle strutture pubbliche dell'Area di Termoli (e più precisamente Larino).

Oculistica - Pazienti regionali		
Fornitore	Importo	%
AZIENDA SANITARIA REGIONALE DEL MOLISE	335.622	54%
CENTRO DI CHIR. OCUL. LAURELLI FRANCESCO	173.412	28%
ISTITUTO OFTALMICO PENTRO	57.173	9%
CENTRO OFTALMOLOGICO ANTHOS	35.659	6%
NEUROMED SNC	15.431	2%
Totale	617.296	100%

Tabella 86 - Oculistica - Pazienti regionali

L'incidenza della mobilità passiva sulla branca in oggetto è relativamente bassa, con preponderanza dei fornitori di Abruzzo e Lazio, che dimostra probabilmente una mobilità di prossimità:

Incidenza mobilità passiva Oculistica			
Branche	Importo mobilità passiva	Importo offerta residenti	Incidenza %
16 - OCULISTICA	178.970	1.378.622	13%

Tabella 87 - Incidenza mobilità passiva Oculistica

Azione 14.2.1: Riassetto Specialistica ambulatoriale

Valutazione dei fenomeni osservati sulla produzione specialistica ambulatoriale

In relazione alle informazioni precedentemente presentate, si delinea un ruolo importante dei privati regionali nell'ambito dell'offerta specialistica verso utenti residenti nonché pazienti extra regionali, con connotazioni differenti da ambito ad ambito e da privato a privato.

I fenomeni osservati possono essere si seguito sintetizzati:

- forte incidenza delle attività di medicina nucleare (essenzialmente PET) erogate da Neuromed sui pazienti residenti;
- forte incidenza delle attività di diagnostica strumentale (essenzialmente RMN) erogate da Neuromed (Fondazione, Potito e Medical Center sono presenti in misura sostanzialmente inferiore) sui pazienti residenti;
- importante incidenza di alcuni grandi privati regionali (Neuromed, Potito, Medical Center) sull'attività di diagnostica verso pazienti extra regionali: il volume dell'attività privata supera di gran lunga quello pubblico;
- prevalenza dell'offerta di ASREM su quella privata per le prestazioni di laboratorio analisi (con la sola eccezione di Fondazione G.P. II di cui si dirà di seguito);
- offerta esclusiva di Fondazione G.P. II per prestazioni di Radioterapia;
- importante presenza di Neuromed sul territorio di Isernia per le prestazioni di diagnostica strumentale: si osserva che circa il 16% dell'offerta complessiva dell'istituto è rivolta a residenti dell'area di Isernia;
- importante presenza di Fondazione G.P. II sul territorio di Campobasso per le prestazioni di diagnostica strumentale: si osserva che circa il 46% dell'offerta complessiva dell'istituto è rivolta a residenti dell'area di Campobasso;
- importante presenza di Fondazione G.P. II sul territorio di Campobasso per le prestazioni di laboratorio analisi: si osserva che circa il 70% dell'offerta complessiva dell'istituto è rivolta a residenti dell'area di Campobasso;
- le circostanze di cui ai punti 6) 7) e 8) lasciano presumere fenomeni di possibile induzione della domanda rispetto all'offerta, come spesso avviene nella gran parte delle regioni in cui si osserva la presenza di privati altamente specializzati.

Azioni sull'attività specialistica ambulatoriale

La forte parcellizzazione delle attività di specialistica ambulatoriale rispetto a quelle ospedaliere, nonché la presenza di interlocutori privati fortemente differenziati, impongono un programma di azioni indirizzato a verificare puntualmente la natura dei fenomeni osservati, programmando nel contempo interventi sul sistema organizzativo interno e sul sistema di rapporti con i fornitori.

Azioni di assessment sul sistema ASREM

- analisi della capacità produttiva ASREM in termini di forza lavoro impegnata e di eventuali carichi di lavoro per dipendente, al fine di comprendere il corretto dimensionamento della forza lavoro ASREM sulle unità operative oggetto di indagine;

– **Giugno 2014**

- assessment tecnologico sulle attrezzature presenti in Azienda e sulla relativa capacità produttiva;
 - **Giugno 2014**
- valutazione delle attività prodotte da ASREM nei confronti dell'utenza esterna nonché delle attività di "servizio" dedicate dai reparti ospedalieri a pazienti ricoverati (c.d. prestazioni intermedie);
 - **Giugno 2014**
- benché le prestazioni erogate in mobilità passiva extra regionale manifestino una bassa incidenza sulla produzione complessiva, valutazione delle attività di diagnostica strumentale offerte fuori regione da parte di Lazio ed Abruzzo (mobilità di prossimità) al fine di colmare eventuali carenze produttive sull'offerta pubblica di particolari aree (presumibilmente Termoli ed Isernia);
 - **Giugno 2014**
- valutazione della possibilità di prevedere nella rete oncologica pubblica l'offerta di prestazioni di radioterapia, attualmente erogate esclusivamente da Fondazione G.P. II.
 - **Giugno 2014**

Azioni nei rapporti con gli erogatori privati

- valutazione della complessiva capacità produttiva dei privati regionali per branca di erogazione, anche in relazione alla specializzazione dei centri privati regionali;
- individuazione delle eventuali branche di offerta privata nei confronti delle quali ASREM presenta una capacità produttiva carente, al fine di rendere più incisiva la collaborazione con gli erogatori privati ed eventualmente creare integrazioni per cedere parte della produzione verso pazienti regionali non soddisfatta da ASREM;
- accordi con i fornitori per regolare l'erogazione delle prestazioni verso i pazienti regionali;
- eventuale definizione di accordi di confine per regolare la mobilità passiva extra regionale nei confronti di Lazio ed Abruzzo, che presentano saggi di attrazione maggiori: il 46% dell'offerta dell'Abruzzo per diagnostica strumentale è rivolta a pazienti dell'area di Termoli, mentre il 45% dell'offerta del Lazio per diagnostica strumentale è rivolta a pazienti dell'area di Isernia.
 - **Giugno 2014**

INDICATORI	
Risultati programmati	
Miglioramento appropriatezza prestazioni erogate	
Riduzione spesa	
Potenziamento monitoraggio clinico e controllo gestionale	
Indicatori di risultato	Tempistica
Completamento delle azioni indicate entro le scadenze stabilite	Giugno 2014
Monitoraggio avvenuta implementazione azioni	Da Giugno 2014
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Intervento 14.3: La macroarea territoriale ed ambientale

Vincoli ed obiettivi

Il D.L. 95/202, seppur non prevedendo misure dirette sul sistema organizzativo territoriale, determina indirettamente la necessità di velocizzare le azioni di riorganizzazione per effetto delle manovre strutturali disposte per la rete ospedaliera. Infatti, è prevedibile che l'ulteriore riduzione operata sui posti letto del livello ospedaliero, determini la necessità di sviluppo del sistema territoriale di assistenza con particolare riferimento ai posti letto residenziali e all'Assistenza Domiciliare Integrata.

Diventa, altresì, strategica l'attivazione, tramite anche la riconversione degli Stabilimenti Ospedalieri di Larino e Venafrò delle Case della Salute H24, con l'attivazione di posti letto per le cure intermedie e residenziali, in quanto oltre a rappresentare un coerente target organizzativo in funzione della riorganizzazione dell'emergenza territoriale e dello sviluppo dell'assistenza residenziale, mette in condizione il sistema della Medicina Generale di esercitare il governo delle Cure Primarie attraverso la strutturazione di una sistema funzionale in grado di garantire un'efficace presa in carico sulle problematiche di maggior impatto epidemiologico.

La Regione Molise intende procedere alla riorganizzazione del territorio attraverso il cambiamento dei modelli organizzativi delle strutture territoriali, spostando l'attenzione dalla cultura dei servizi territoriali a quella dei luoghi di presa in carico, nella consapevolezza che si tratta di un traguardo da raggiungere su un versante culturale, organizzativo e tecnologico.

Il processo di riorganizzazione già avviato, volto al rilancio della medicina del territorio, ha evidenziato la necessità di azioni finalizzate a consolidare e migliorare le realtà già strutturate e a qualificare quelle che presentavano criticità strutturali, organizzative e funzionali.

L'obiettivo che si intende raggiungere è quello di un'assistenza sanitaria di base, diffusa sul territorio e organizzata in modo da essere legata alla comunità locale, che sia parte integrante del Sistema Sanitario Regionale, diventandone il perno ed il punto focale, sia per lo sviluppo economico e sociale globale della collettività, sia quale primo livello di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario in un quadro di effettiva partecipazione.

Il modello organizzativo assistenziale che si intende rafforzare si basa sulla unitarietà della presa in carico dell'assistito, sulla unitarietà del progetto assistenziale e del percorso di fruizione da parte del paziente stesso, ma anche su una nuova idea di prevenzione, nella finalità di aumentare la qualità percepita, consolidare l'organizzazione territoriale, contenere e razionalizzare i costi, ridurre l'ospedalizzazione e governare la domanda.

Innovativo e funzionale al ridisegno della rete territoriale è il concetto integrato di prevenzione, che include anche quello ambientale, attraverso il trasferimento all'ASReM delle funzioni attualmente in capo all'ARPAM.

Punti cardine dell'area integrata territoriale ed ambientale sono rappresentati, dunque, da:

- sviluppo delle attività territoriali con riguardo all'area della fragilità;
- sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria;
- sviluppo dell'assistenza domiciliare;
- sviluppo dell'assistenza ai disabili;
- riqualificazione assistenza primaria;
- riqualificazione emergenza e continuità assistenziale territoriale;
- riqualificazione della rete riabilitativa;
- attivazione RSA;
- sperimentazione Case della Salute e Presidi Territoriali di Assistenza;

- integrazione Ospedale-Territorio;
- riorganizzazione Dipartimento di salute mentale;
- riorganizzazione Dipartimento di Prevenzione;
- costituzione del Dipartimento della Prevenzione Ambientale;
- riorganizzazione servizi dipendenze;
- sviluppo dell'area materno-infantile;
- potenziamento strutture Hospice.

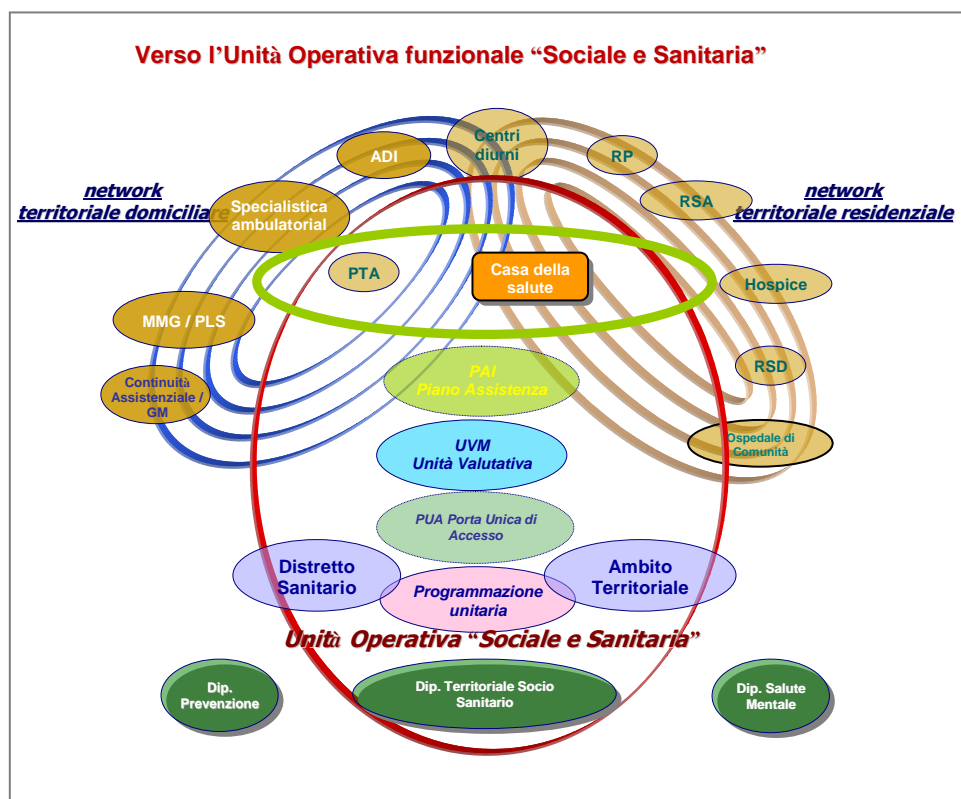


Figura 24 - Rete di assistenza territoriale

Stato AS IS Rete Territoriale

Si riporta brevemente un quadro d'insieme dello stato attuale della Rete Territoriale.

Cure residenziali per persone non autosufficienti			
Tipologia	Num. Posti letto	Struttura	Note
R1	20	RSA Larino (riconversione stabilimento ospedaliero)	Trattamenti intensivi , essenziali per il supporto alle funzioni vitali (ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale e parenterale protratta, trattamento di stati vegetativi o coma prolungato, malattie neurovegetative progressive, ecc.)
R2	20	RSA Accreditata Castel del Giudice	Trattamenti estensivi a pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria (cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde, ecc.)
R3	167	Varie strutture socio assistenziali	
TOTALE	207		

Tabella 88 - Dotazione posti letto residenziali

Inoltre, relativamente ai criteri per l'utilizzo dello strumento di valutazione multidimensionale al fine di indirizzare correttamente i pazienti nelle strutture si precisa che con Deliberazione di G.R. 4.2.2008, n.101, è stata adottata la SVAMa quale strumento di valutazione multidimensionale per l'ammissione delle prestazioni assistenziali per i pazienti non autosufficienti. Tale strumento viene utilizzato dalla Unità di Valutazione

Multidimensionale, presente in tutti i Distretti della Regione, sia per la presa in carico in Assistenza domiciliare integrata, sia per l'arruolamento degli assistiti presso le RSA attive. Infine, da parte dell'ASReM sono state impartite direttive e disposizioni attuative agli operatori coinvolti anche con attività formativa propedeutica all'uso dello strumento di valutazione.

Azione 14.3.1: Riassetto della rete territoriale dei servizi

La Regione Molise adotta la logica dipartimentale per l'area territoriale in quanto strumento utile a realizzare la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale, attraverso linee guida e percorsi assistenziali improntati sulla massima appropriatezza, umanizzazione e personalizzazione dell'azione clinica ed assistenziale, nonché funzionali a favorire l'adozione di modelli operativi tendenti, anche mediante l'uso condiviso delle risorse, al continuo miglioramento delle performance in termini di efficacia, efficienza ed economicità.

Nell'area territoriale viene previsto un Dipartimento funzionale Territoriale SocioSanitario (DTSS) e n. 3 Dipartimenti strutturali (Prevenzione, Prevenzione Ambientale, Salute Mentale).

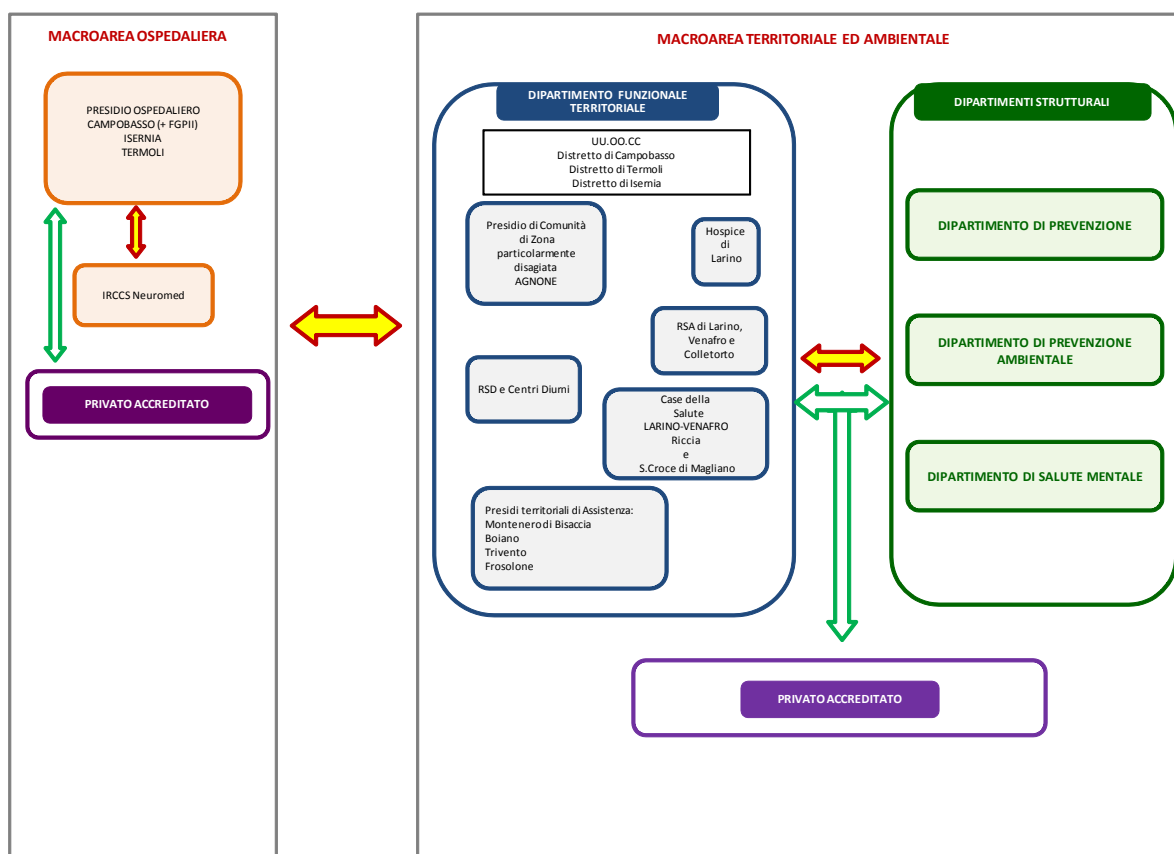


Figura 25 - Quadro sinottico della macroarea territoriale ed ambientale

Il dipartimento funzionale territoriale socio-sanitario.

In considerazione della frammentarietà del territorio regionale, la Regione Molise intende istituire uno specifico Dipartimento che governi il sistema delle Cure Primarie ed extramurali socio sanitarie, in modo da assicurare il coordinamento della Medicina di Base, della Medicina Specialistica Ambulatoriale, delle Cure Domiciliari, delle Strutture Residenziali e semiresidenziali pubbliche e private, sanitarie e sociosanitarie, in un'ottica di servizi diffusi sul territorio, collegati tra loro per garantire la continuità e la presa in carico assistenziale e terapeutica.

Il Dipartimento Territoriale richiede una forte integrazione con i Distretti su cui opera e con gli altri Dipartimenti territoriali (Prevenzione, Prevenzione Ambientale e Salute Mentale), nonché con gli Enti Locali.

La finalità è quella di favorire l'omogeneizzazione dei livelli assistenziali e l'integrazione delle diverse unità di erogazione afferenti al Dipartimento, nonché la domiciliarizzazione, promuovendo percorsi di miglioramento della qualità dei servizi residenziali e semiresidenziali, fermi restando la costante rilevazione dei bisogni dei cittadini nell'ambito dei servizi gestiti e il costante miglioramento dell'economicità dei servizi erogati per favorire la capacità di risposta alla domanda.

Al Dipartimento Territoriale sono demandate funzioni di programmazione e di produzione di servizi sanitari in ambito territoriale.

Esso è dotato di autonomia organizzativa e tecnico-gestionale ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

Il Dipartimento Territoriale socio - sanitario rappresenta un'articolazione aziendale all'interno della quale sono previste funzioni eterogenee che necessitano di un forte coordinamento con i Distretti Sanitari, al fine di soddisfare i bisogni di salute dell'intero territorio di riferimento.

Le funzioni principali del Dipartimento sono molteplici e finalizzate alla omogeneizzazione dei livelli assistenziali e alla integrazione delle diverse unità di erogazione.

Esso è costituito da strutture complesse e/o a valenza dipartimentale, omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità, sono tra loro interdipendenti, sviluppano modelli organizzativi innovativi ed integrati, ma mantengono la propria autonomia clinica ed assistenziale, nel rispetto della responsabilità professionale.

Le strutture costituenti il Dipartimento sono aggregate secondo tipologie organizzative e gestionali, volte a dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti ed agli obiettivi assegnati.

Viene previsto un Direttore ed un Comitato di Dipartimento le cui funzioni saranno individuate con l'atto aziendale dell'ASReM.

Le Unità Operative complesse del DTSS

Ogni unità operativa complessa si caratterizza, in quanto sistema organizzativo complesso, per la presenza obbligatoria di un solo responsabile, per la rilevanza quantitativa e strategica delle attività svolte e per l'attribuzione di un budget (obiettivi e risorse) nonché per la corrispondenza ad uno o più centri di costo.

Nell'ambito del Dipartimento Territoriale, per assicurare efficaci modelli di funzionamento e garantire il soddisfacimento di tutti i bisogni di salute presenti sul territorio, sono individuate 7 unità operative complesse.

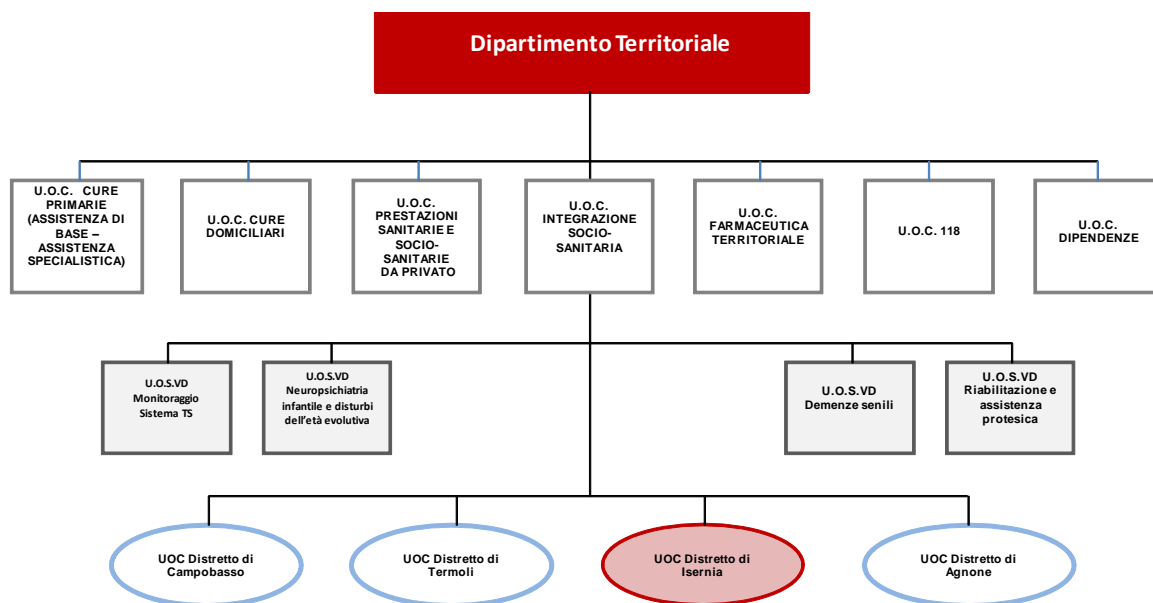


Figura 26 - Organizzazione unità operative complesse – area territoriale

UOC Cure Primarie (Assistenza Sanitaria di Base e Assistenza Specialistica Ambulatoriale)

Viene prevista nell'ambito del Dipartimento Territoriale l'Unità Operativa Complessa "Cure Primarie (Assistenza Sanitaria di Base e Assistenza Specialistica Ambulatoriale)" con la finalità di realizzare coerenza nella offerta sanitaria di base e assistenziale

UOC Cure Domiciliari

Viene prevista nell'ambito del Dipartimento Territoriale l'Unità Operativa Complessa "Cure Domiciliari", a garanzia di corretti ed uniformi percorsi di presa in carico e monitoraggio delle attività, equità di accesso ai servizi nei diversi Distretti, le cui funzioni saranno meglio individuate in apposito documento di organizzazione da predisporre a cura dell'ASReM.

UOC Prestazioni Sanitarie e Socio Sanitarie da Privato

Viene prevista nell'ambito del Dipartimento Territoriale l'Unità Operativa Complessa "Prestazioni Sanitarie e Socio Sanitarie da Privato", per la gestione dei rapporti con i soggetti erogatori di prestazioni specialistiche e ospedaliere da privato accreditato relativamente alle fasi di determinazione del fabbisogno, di stipula degli accordi contrattuali, di controllo del rispetto dei vincoli di spesa determinati dalla regione, nonché dei rapporti riguardanti i diversi erogatori privati accreditati in ambito socio sanitario.

UOC Integrazione Socio Sanitaria

Viene prevista nell'ambito del Dipartimento Territoriale l'Unità Operativa Complessa "Integrazione Socio Sanitaria", con la finalità di garantire l'integrazione dell'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari, in modo da assicurare la soddisfazione della domanda dei bisogni, facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, mettere in comune tramite l'ICT il patrimonio informativo dei diversi attori coinvolti sul medesimo assistito, determinare i criteri e metodi per la ricognizione delle risorse finanziarie a supporto degli interventi socio-sanitari prioritari al fine della eventuale istituzione di un fondo unico regionale per gli interventi di politica socio-sanitaria.

UOC Farmaceutica Territoriale

Viene prevista nell'ambito del Dipartimento Territoriale l'Unità Operativa Complessa "Farmaceutica Territoriale", al fine di garantire la corretta gestione ed erogazione del farmaco in ambito territoriale.

UOC 118 – Emergenza Territoriale

UOC Dipendenze

Viene prevista nell'ambito del Dipartimento Territoriale l'Unità Operativa Complessa "Dipendenze", con la finalità di coordinare a livello territoriale i servizi di assistenza medica, infermieristica, farmacologica, sociale e riabilitativa, rivolti sia alle persone con problemi di dipendenza da sostanze psicoattive, che a quelle affette da comportamenti compulsivi (ad es. gioco d'azzardo).

Le Unità operative semplici dipartimentali

Le unità operative semplici a valenza dipartimentale sono dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale.

Sono affidate alla responsabilità di un dirigente secondo le normative contrattuali e finalizzate a massimizzare la peculiarità delle professionalità e delle attività cliniche, assistenziali e tecniche in funzione della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, che riguardano, in via prioritaria, metodologie e tecniche di intervento complementari e integrative al funzionamento delle altre unità operative del dipartimento e/o, in via secondaria, metodologie o integrazioni di tipo organizzativo, nell'ambito della Direzione Strategica.

Sono individuate le seguenti UU.OO.V.D.: Monitoraggio Sistema TS, Neuropsichiatria Infantile e Disturbi Psico-Intellettivi dell'Età Evolutiva, Demenze Senili, Riabilitazione e Assistenza Protesica.

Il Distretto Sanitario

L'Azienda Sanitaria Regionale del Molise è articolata in Distretti Sanitari, i quali sono macrostrutture dotate di autonomia economico-finanziaria e gestionale, con l'attribuzione di specifico budget e con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda. Il Distretto è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

Al Distretto competono l'analisi del bisogno di salute e la promozione di corretti stili di vita della popolazione, l'erogazione delle prestazioni di diagnosi e cura, nonché il soddisfacimento di tutti gli adempimenti burocratici ed amministrativi legati alla erogazione dei servizi sanitari territoriali.

Il bacino del Distretto Sanitario si identifica con l'area territoriale dove sono presenti i punti di erogazione delle prestazioni socio sanitarie sia pubbliche che private accreditate. Esso adotta soluzioni che vanno verso l'integrazione delle risposte assistenziali erogate in ambito sanitario con le risposte assistenziali erogate in ambito sociale o da soggetti terzi.

È strutturato sul modello della "presa in carico", che prevede un rapporto continuo tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali che presidiano sia la funzione di accoglienza e prima valutazione (PUA) sia la valutazione funzionale Multidimensionale e la definizione di Progetti Assistenziali Individuali.

I Distretti Sanitari individuati all'interno dell'ASReM sono:

- Distretto Sanitario di Campobasso (Territorio di Campobasso, Boiano, Riccia);
- Distretto Sanitario di Termoli (Territorio di Termoli e Larino);
- Distretto Sanitario di Isernia (Territorio di Isernia e Venafro);
- Distretto Sanitario di Agnone.

I Distretti di cui sopra operano in raccordo con il Dipartimento funzionale Territoriale (DTSS) per le specifiche competenze ad esso attribuite.

Al fine di garantire una uniforme e facile fruizione dei servizi distrettuali integrati nella rete dei servizi sanitari e sociosanitari, si conferisce un ruolo cruciale all'organizzazione delle Porte Uniche di Accesso, le quali sono strategicamente allocate in ogni Distretto per meglio rappresentare l'interfaccia diretta per il cittadino-utente.

Mediante la Porta Unica di Accesso si garantisce:

- la funzione di accoglienza e informazione;
- la funzione di valutazione di primo livello;
- lo smistamento dell'utenza ai servizi sanitari o sociali;
- l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata;
- la attivazione di tutte le risposte necessarie a soddisfare la richiesta ed il bisogno del cittadino in relazione alle risorse disponibili.

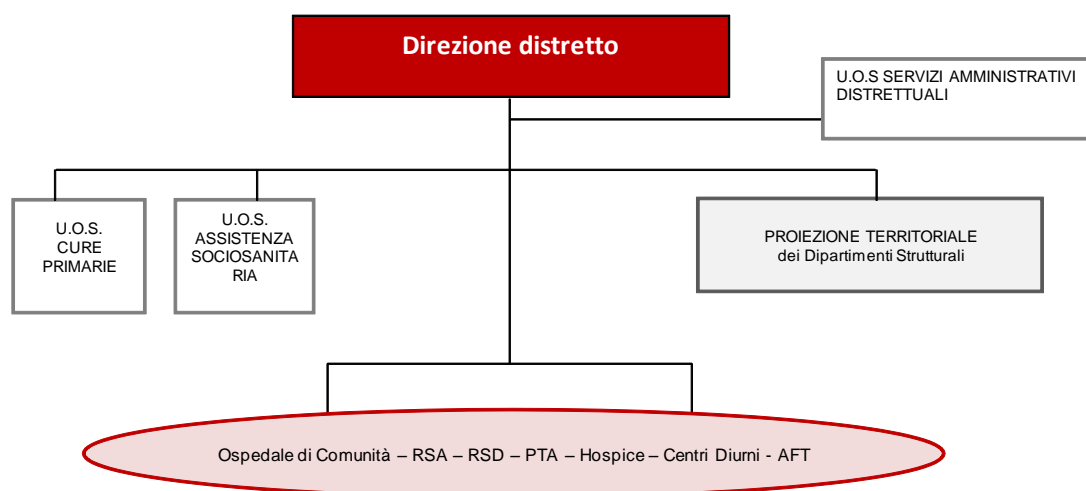


Figura 27 - Quadro sinottico organizzazione Distretto

Presso le varie sedi distrettuali sono logisticamente collocate ed erogate anche le prestazioni tipicamente afferenti ai dipartimenti strutturali di Prevenzione e Salute Mentale, quali proiezioni territoriali dei servizi alla persona. Al Distretto Sanitario è preposto un Direttore il cui incarico, a tempo determinato, è attribuito dal Direttore Generale sulla base di quanto previsto dalla normativa di riferimento.

Il Direttore del Distretto si avvale del supporto della U.O.S. – “Servizi Amministrativi distrettuali” diretta da un Dirigente Amministrativo.

In ogni Distretto vengono previste le seguenti UU.OO.SS.:

- **Cure Primarie**, a cui afferiscono: assistenza di base, assistenza specialistica-riabilitativa-protetica e relative articolazioni funzionali, quali Case della Salute e PTA;
- **Assistenza sociosanitaria**, a cui afferiscono: RSA, RSD ed Hospice, assistenza domiciliare, pediatria di comunità e consultori, sanità penitenziaria, centri diurni.

All'interno di ciascun Distretto saranno presenti, infine, le proiezioni territoriali dei 3 dipartimenti strutturali.

L'articolazione organizzativa ed, in particolare, la distribuzione nell'ambito dei quattro Distretti dell'erogazione dei servizi, terrà conto della densità di popolazione di ciascun ambito territoriale.

Casa della Salute

Nell'ambito dell'organizzazione territoriale dei Distretti di Campobasso, Termoli ed Isernia la Regione Molise intende attivare le Case della Salute, quale Centro attivo e dinamico della Comunità locale per la salute ed il benessere, in grado di raccogliere la domanda dei cittadini e di organizzare la risposta nelle forme e nei luoghi appropriati.

Costituisce, quindi, un modo per integrare e facilitare i percorsi e i rapporti tra servizi e cittadini, restituire alla popolazione una visione unitaria del concetto di salute, sia come diritto di ogni cittadino, che come interesse della comunità. Si tratta, pertanto, di una iniziativa che può essere di grande utilità per la riorganizzazione del welfare locale.

Il modello Casa della Salute, con l'offerta di servizi e prestazioni che esso propone, è un presidio strategico del Distretto Sanitario finalizzato a fronteggiare alcune tra le più evidenti criticità del rapporto tra il sistema sanitario regionale e il cittadino, nonché per garantire i livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio sanitaria propri del Distretto.

Diventa, altresì, strategica l'attivazione, anche tramite la riconversione degli Stabilimenti Ospedalieri di Larino e Venafrò, di Case della Salute H24, con l'attivazione di posti letto per le cure intermedie e residenziali, in quanto oltre che a rappresentare un coerente target organizzativo in funzione della riorganizzazione dell'emergenza territoriale e dello sviluppo dell'assistenza residenziale, mette in condizione il sistema della Medicina Generale di esercitare il governo delle Cure Primarie attraverso la strutturazione di una sistema funzionale, in grado di garantire un'efficace presa in carico sulle problematiche di maggior impatto epidemiologico.

Nell'ambito della Casa della Salute possono essere pertanto allocati:

- nuclei per l'accoglienza temporanea (diurna o ambulatoriale) di persone affette da patologie cronico-degenerative e posti letto per cure intermedie;
- ambulatori di prime cure e per le piccole urgenze, aperti nelle ore diurne, per piccoli interventi che non necessitano di ricovero in ospedale (day service);
- la sede dell'attività di continuità assistenziale;
- la sede delle attività di Emergenza territoriale – 118;
- ambulatori infermieristici in cui gli infermieri distrettuali, pur mantenendo una propria autonomia professionale, operano in stretto rapporto di collaborazione con i Medici di Medicina Generale nei moduli integrativi integrati;
- ambulatori medici specialistici con aree e orari adeguati, parametrati sulla base delle esigenze della popolazione, che utilizzano specialisti convenzionati;
- servizi di radiologia e di analisi cliniche;
- strutture di degenza territoriale in regime residenziale e semiresidenziale (ospedale di comunità, residenza sanitaria, centri per disabilità psico-intellettive, hospice, etc).

La Casa della Salute si configura come un presidio strategico per i territori oltre che di Venafrò e Larino (con allocazione negli stabilimenti ospedalieri riconvertiti), di Riccia, S.Croce di Magliano e Frosolone, al fine di fronteggiare alcune tra le più evidenti criticità nel rapporto tra il SSR e il cittadino, nei trattamenti extraospedalieri e garantire i livelli essenziali di assistenza sociosanitaria nella loro unitarietà di prevenzione, cura e riabilitazione.

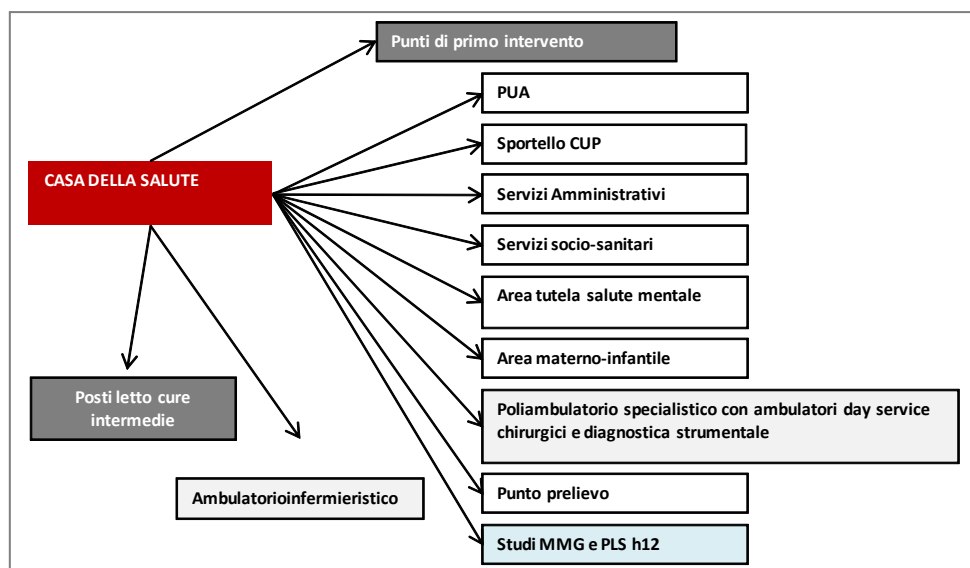


Figura 28 - Organizzazione Casa della Salute

Presidi Territoriali di Assistenza (PTA)

A supporto dell'assistenza primaria è prevista l'attivazione di Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) ed Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), secondo le più opportune possibilità operative determinate dalle dimensioni demografiche dei comuni.

Sedi di attivazione dei PTA saranno;

- Montenero di Bisaccia;
- Bojano;
- Trivento;
- Frosolone.

Per i poliambulatori di S. Elia a Pianisi e Castelmauro, si prevede, invece, l'attivazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT).

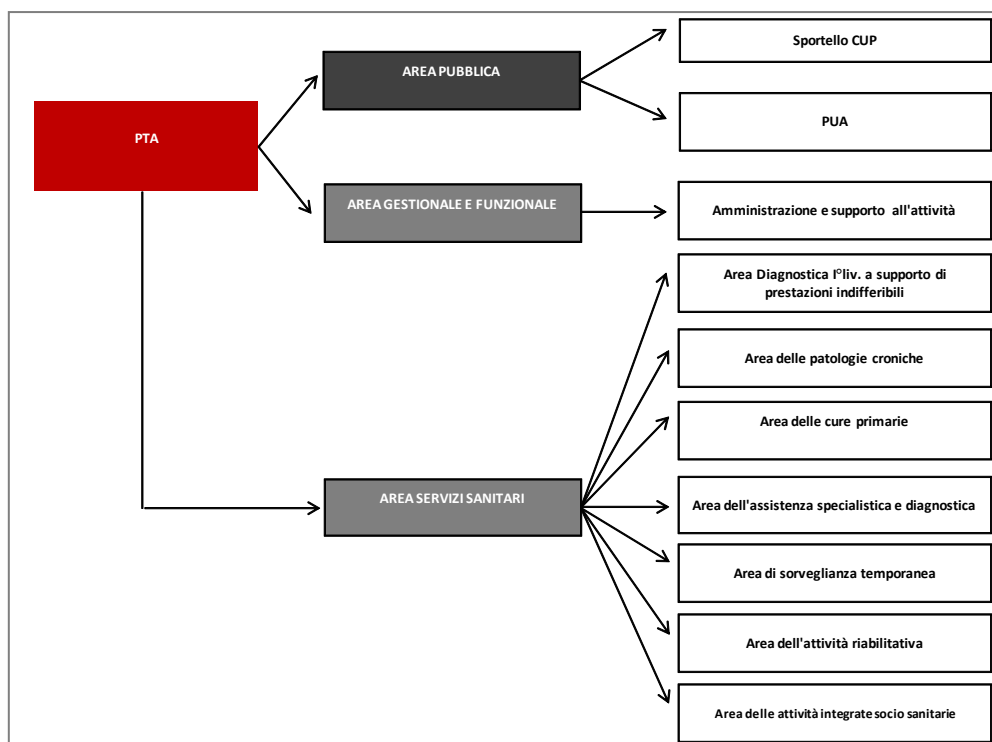


Figura 29 - Organizzazione PTA

Ospedale di Comunità (Presidio Montano di Rete)

L'Ospedale di Comunità è una struttura residenziale in grado di erogare assistenza sanitaria di breve durata. Esso è riservato a quei pazienti che, pur non presentando patologie acute ad elevata necessità di assistenza medica, non possono tuttavia essere assistiti adeguatamente a domicilio per motivi socio sanitari. Possono accedere all'ospedale di comunità, ad esempio, malati affetti da patologie croniche che periodicamente necessitano di controlli o terapie particolari, persone che a seguito di malattie acute o evolutive necessitano di terapie difficilmente erogabili a domicilio. Tale struttura viene localizzata nello Stabilimento Ospedaliero di Agnone riconvertito, che sarà dotato di posti letto di branca chirurgica e di branca medica (con particolare attenzione alla reumatologia).

Residenze Sanitarie Assistenziali

La RSA rappresenta uno dei punti cardine della rete integrata di assistenza a pazienti portatori di patologie cronicodegenerative, non curabili a domicilio e bisognosi di assistenza continua. Gli atti di cura per la gestione della cronicità presuppongono una presa in carico globale dei bisogni clinici e non clinici da parte di un team medico-infermieristico riabilitativo e sociale, risultando la patologia cronica più o meno sintomatica a seconda del suo grado di avanzamento e di scompenso, destinata a persistere nel tempo ed a rischio di progressione e riacutizzazione.

Per i suddetti pazienti, l'attivazione delle RSA ha quale obiettivo primario quello di recuperare il massimo livello di capacità funzionale.

Sono previsti moduli di RSA pubbliche da 40 posti letto negli ospedali riconvertiti di Venafro e Larino (già attivato modulo da .20 PL), nonché nel Comune di Colletorto per 60 PL.

Hospice

Nella visione olistica alla base della medicina palliativa la fase del percorso della vita, comunemente definita "terminale" deve rispondere ai bisogni che sono riferibili alla sfera sanitaria del malato, ma nel contempo anche alla "fragilità globale specifica del malato e del nucleo familiare in termini funzionali, psicologici, sociali, etico-religiosi ed economici".

Per soddisfare tali specificità dei bisogni dei malati terminali e delle loro famiglie è già operante nella Regione l'Hospice di Larino con 16 posti letto e 2 letti per la terapia del dolore.

Tra le azioni che s'intende implementare rientrano le prestazioni di day hospice e di assistenza domiciliare hospice ad altissima intensità assistenziale.

Centri diurni

Nell'ambito dell'offerta assistenziale semiresidenziale vengono previsti Centri diurni per la presa in carico delle disabilità intellettive dell'età evolutiva, delle demenze senili e di altre disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, la cui individuazione territoriale sarà effettuata dopo la riorganizzazione dell'Area della neuropsichiatria infantile e della Riabilitazione.

Riabilitazione

L'offerta territoriale riabilitativa viene assicurata attraverso la rimodulazione dei centri di erogazione, da attuarsi per mezzo di:

- creazione di strutture per la cura dell'età evolutiva;
- creazione di RSD (Residenze Sanitarie per disabili) nella misura dello 0,2/1000 abitanti (60 P.L.);
- istituzione di Centri diurni per disabili;
- potenziamento del Centro Iperbarico presente nelle strutture del Basso Molise.

Dipartimento di prevenzione

Il Dipartimento unico della Prevenzione (DIP) di cui si è già accennato nell'Azione 11.1.1: Riorganizzazione del Dipartimento Unico di Prevenzione, come previsto dal PSR 2013-2015, deve essere articolato nelle strutture organizzative previste all'art. 7quater del D.Lgs. n. 502/92 per lo svolgimento delle funzioni indicate all'art. 7ter dello stesso decreto. Nel dettaglio si individuano al suo interno le seguenti 6 UU.OO.CC:

- igiene e sanità pubblica;
- igiene degli alimenti e della nutrizione;
- prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- sanità animale;
- igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Alle sopraindicate UU.OO.CC. si aggiungono 8 UU.OO.SS. per la proiezione territoriale, in ambito distrettuale, delle attività erogate dal Dipartimento di Prevenzione.



Figura 30 - Quadro sinottico dell'organizzazione del Dipartimento di prevenzione

Dipartimento di prevenzione ambientale

Con apposita Legge Regionale si procederà alla soppressione dell'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale del Molise, le cui funzioni, patrimonio e personale verranno trasferiti all'ASReM. Conseguentemente si procederà all'implementazione, all'interno dell'Azienda Sanitaria, del Dipartimento di Prevenzione Ambientale, che opererà in maniera coordinata ed integrata in particolare con quello della prevenzione. Si tratta, dunque, di un dipartimento strutturale deputato principalmente:

- al controllo di fonti e di fattori di inquinamento dell'aria, dell'acqua, del suolo, acustico ed elettromagnetico;
- al monitoraggio delle diverse componenti ambientali: clima, qualità dell'aria, delle acque, caratterizzazione del suolo, livello sonoro dell'ambiente;
- al controllo e vigilanza del rispetto della normativa vigente e delle prescrizioni contenute nei provvedimenti emanati dalle Autorità competenti in materia ambientale;
- al supporto tecnico scientifico, strumentale ed analitico agli Enti con funzioni di programmazione e amministrazione attiva in campo ambientale;
- al monitoraggio della correlazione tra salute e incidenza di inquinanti ambientali di natura chimica, biologica e fisica;
- al controllo del rischio in termini di sicurezza per la salute collettiva negli ambienti di vita e di lavoro;
- ad attività in materia di epidemiologia ambientale, gestione e diffusione delle informazioni in tema di ambiente, educazione ambientale.

Vengono previste, per tale Dipartimento 2 UU.OO.CC. e 2 UU.OO.SS.

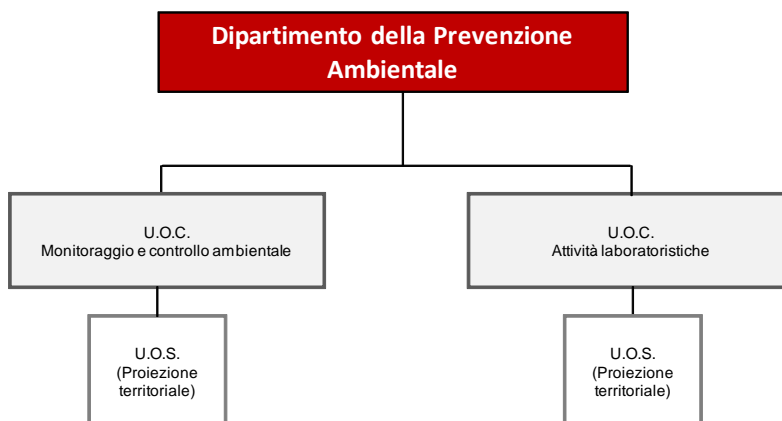


Figura 31 - Quadro sinottico dell'organizzazione del Dipartimento di prevenzione ambientale

Dipartimento di salute mentale

La riorganizzazione ed il completamento della rete dei servizi all'interno del territorio regionale, prevede la costituzione di un unico Dipartimento di Salute Mentale, quale macro struttura aziendale, organizzata in due aree di coordinamento: area territoriale e SPDC.

Vengono previste 3 UU.OO.CC. per le attività dei Centri di Salute Mentale, 3 UU.OO.SS.V.D. per le attività degli SPDC e 3 UU.OO.SS. per la gestione delle diverse strutture territoriali.

Con l'organizzazione dipartimentale, la cui articolazione è demandata all'Atto Aziendale della ASREM, dovrà essere garantita e verificata la omogeneità degli interventi sul territorio regionale finalizzati alla prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale delle persone con disagio psichico, con conseguente potenziamento dei trattamenti ambulatoriali, domiciliari e residenziali.

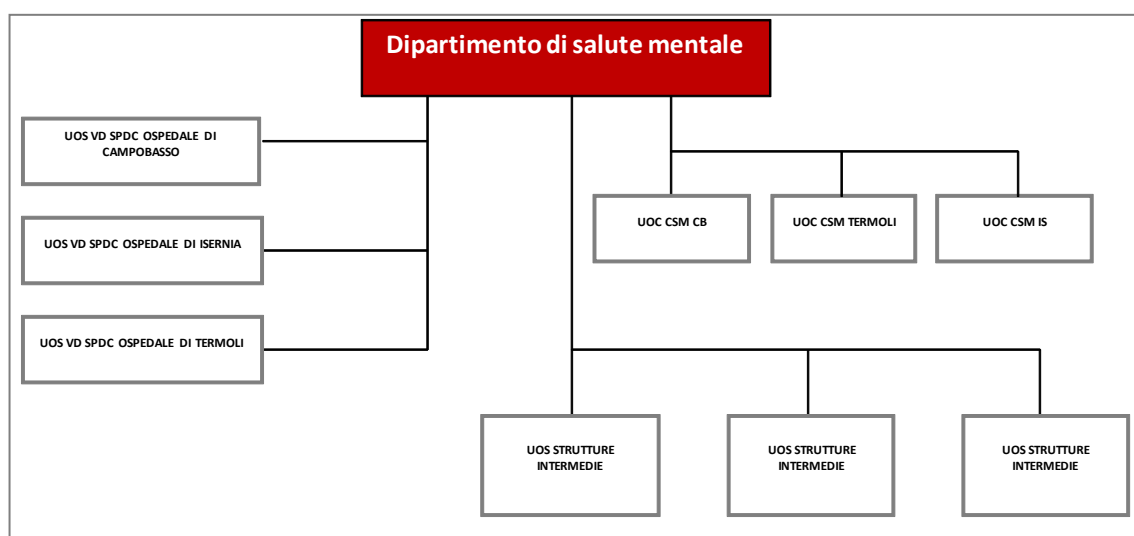


Figura 32 - Quadro sinottico dell'organizzazione del Dipartimento di salute mentale

Organizzazione della macroarea territoriale ed ambientale (Scenario a tendere – Anno 2015)

Di seguito si riporta un breve riepilogo delle azioni di riorganizzazione che la Regione Molise intende attuare, e che sarà approfondito con indicazione precisa delle tempistiche, all'interno del documento di programmazione.

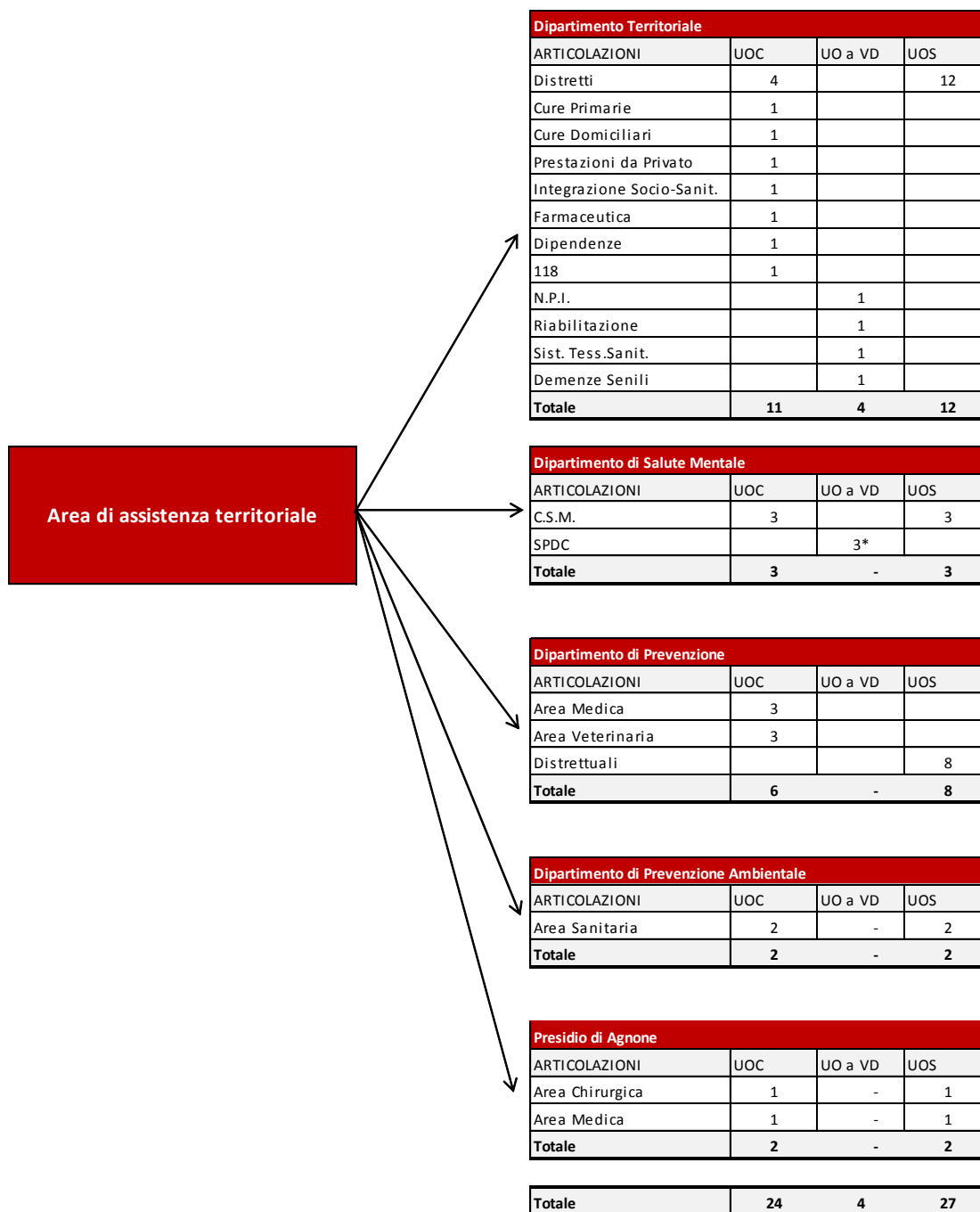


Figura 33 - Dettaglio della nuova strutturazione dell'area di assistenza territoriale per singola unità operativa

Riepilogo UU.OO. e variazioni previste			
Unità operative	AS IS	TO BE	Δ
U.O.C.	33	24	-9
U.O.V.D.	7	4	-3
U.O.S.	28	27	-1

Figura 34 - Variazione delle unità operative della macroarea territoriale ambientale

Azioni da porre in essere - Riepilogo

Alla luce degli interventi descritti nei paragrafi precedenti la Regione Molise intende procedere all'implementazione delle azioni e degli interventi entro e non oltre Dicembre 2015.

In particolare, in relazione alla soppressione dell'ARPAM ed al trasferimento delle funzioni, del patrimonio e del personale di quest'ultima in capo all'ASReM verrà sottoposta al Consiglio Regionale del Molise apposita proposta di legge. Si prevede di addivenire all'approvazione della Legge entro Dicembre 2014.

Inoltre, sarà redatto, parallelamente al "Piano di riassetto della Rete Ospedaliera", quello relativo alla rete territoriale, che seguirà il medesimo percorso già descritto per il documento per la rete ospedaliera. Nel dettaglio si prevede di:

- inviare ai ministeri competenti un apposito "Piano di riassetto della rete territoriale" entro e non oltre 30 giorni dall'approvazione da parte dei Ministeri competenti dei presenti Programmi Operativi.
- avviare un monitoraggio trimestrale volto alla costante verifica dello stato di avanzamento del piano di riassetto e alla conseguente aderenza a quanto indicato nel piano da parte delle strutture coinvolte.

Per questo motivo a partire **da Gennaio 2014 e fino a Dicembre 2015** sarà richiesto all'ASReM l'invio, con cadenza trimestrale, di un report al servizio di Assistenza Territoriale della Direzione Generale per la Salute. Al fine di rendere più agevole la compilazione di questo report di monitoraggio il servizio di Assistenza Territoriale della Direzione Generale per la Salute invierà all'ASReM il relativo format. Tale report di monitoraggio sarà predisposto e inviato **entro e non oltre 30 giorni dall'emanazione del decreto commissariale di riassetto della rete**.

A seguito della conclusione della soppressione dell'ARPAM e il conseguente spostamento delle funzioni, del patrimonio e del personale in capo all'ASReM si è stimato un risparmio pari a circa 1,6 €/mln.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Rimodulazione rete territoriale e tutela ambientale	
Avvio/conclusione dei processi di riconversione/attivazione delle strutture territoriali del SSR	
Riequilibrio dell'offerta di assistenza territoriale del SSR	
Indicatori di risultato	Tempistica
Approvazione Legge Regionale per il trasferimento dell'ARPAM in ASReM	Dicembre 2014
Emanazione DCA sul piano di riassetto della rete territoriale	Entro 30 GG da approvazione PO 2013-2015
Eventuale revisione accreditamenti e contratti strutture private	Entro 90 GG da emanazione DCA su riassetto rete territoriale
Invio report di monitoraggio per l'attuazione del riassetto della rete territoriale	Entro 30 GG da emanazione DCA su riassetto rete territoriale
Avvio fase di monitoraggio trimestrale sull'attuazione del riassetto della rete ospedaliera	Entro l'ultimo mese del trimestre di emanazione del DCA sul monitoraggio
Rimodulazione strutture e assistenza territoriale	Giugno 2015
Responsabile del procedimento attuativo	

INDICATORI	
Risultati programmati	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Tutela della Salute	
Servizio Assistenza Territoriale della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
Responsabile dell'assistenza territoriale ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
Soppressione ARPAM e spostamento funzioni, patrimonio e personale in capo ad ASReM – anno 2015	1,6 €/mln
Totale	1,6 €/mln

Azione 14.3.2: Riqualificazione continuità assistenziale territoriale

La Regione Molise ad oggi sostiene un costo notevolmente più alto rispetto alla media nazionale per la medicina di base: nel dettaglio 8% del FSR contro il 6%. Tale scostamento, che si aggira intorno al 33%, ha portato alla necessità di un intervento su tale ambito considerando, da un lato, la necessità di riallinearsi alla spesa sostenuta a livello nazionale, dall'altro, di potenziare e correggere i servizi assistenziali nella direzione più appropriata e più aderente al reale fabbisogno del territorio.

In considerazione del mutato scenario di assistenza sanitaria dovuto all'aumento dell'età media dei cittadini/pazienti e alla necessità della presa in carico territoriale, evitando l'impiego non appropriato delle risorse dell'ospedale, si intende ottimizzare e potenziare il servizio di continuità assistenziale attraverso la revisione e contrazione delle attuali postazioni e l'impegno dei medici di continuità assistenziale nella offerta territoriale distrettuale.

La revisione organizzativa (sia funzionale che strutturale) del servizio di continuità assistenziale territoriale costituisce uno strumento per lo sviluppo di una forte sinergia tra medici di medicina generale e medici di continuità assistenziale, in una logica di grande trasformazione dell'assistenza primaria che, pur nel rispetto delle specificità assistenziali e professionali delle singole categorie mediche sia finalizzata alla erogazione di livelli essenziali appropriati su presupposti di fattibilità e sostenibilità economica.

L'attuale strutturazione del servizio di continuità assistenziale per le sole attività notturne, prefestive e festive non consente di potersi avvalere delle professionalità impegnate in azioni di miglioramento continuo del processo che pretende un accrescimento complessivo dell'accessibilità verso i servizi territoriali, soprattutto negli ambiti che presentano carenze eliminabili attraverso il riequilibrio in termini sia quantitativi che qualitativi dei livelli di potenzialità assistenziale offerta ai cittadini nel bacino territoriale di riferimento.

La previsione di un impegno anche nelle ore diurne dei sanitari della continuità assistenziale consente di :

- sperimentare un nuovo e più efficiente modello organizzativo a rete realizzato con l'utilizzo delle ore che si renderanno disponibili con la contrazione delle postazioni di continuità assistenziale e con un contenuto aumento delle ore di attività (entro il limite individuale delle 38 ore settimanali);
- attivare prestazioni mediche ambulatoriali di primo intervento presso le strutture territoriali dei distretti (ad es. Case della Salute) allo scopo di limitare gli accessi impropri ai pronto soccorsi ospedalieri, consentendo ai cittadini di ricevere prestazioni urgenti differibili per il trattamento di patologie con basso indice di gravità, la ripetizione di ricette, il rinvio al MMG, la redazione di certificazioni mediche per l'astensione dal lavoro per un massimo di tre giorni, richieste di visite specialistiche e prescrizioni farmaceutiche per terapie non differibili, in stretta integrazione con gli ambulatori dei medici di medicina generale , i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali;
- partecipare ai programmi di gestione domiciliare in accordo con i medici di medicina generale, effettuare visite domiciliari agli assistiti per i quali è proposto un percorso domiciliare, al fine di pervenire più rapidamente alla formulazione dei POP (Piani Operativi Provvisori) e dei PAI (Piani Assistenziali Individualizzati);

- partecipare alle attività di prevenzione primaria (vaccinazioni consigliate ed attività di educazione sanitaria negli istituti scolastici) , attività di prevenzione secondaria (campagne di screening che vedono coinvolte le professionalità distrettuali), attività di prevenzione terziaria (osservazione prolungata di pazienti inseriti in percorsi domiciliari);
- partecipare alla realizzazione della banca dati nell'ambito del progetto del fascicolo sanitario elettronico già in fase di sviluppo nella regione Molise, in aderenza alle indicazioni ministeriali finalizzate ad avere informazioni che consentano di coprire l'intera vita del paziente con costante aggiornamento da parte dei vari soggetti che prendono in cura l'assistito. Nelle urgenze il FSE permetterà agli operatori di inquadrare immediatamente i pazienti; consentirà la continuità delle cure, permetterà di condividere tra gli operatori le informazioni amministrative (es. prenotazioni di visite specialistiche, ricette, etc.);
- avere un riferimento certo per l'assistenza ambulatoriale in caso di necessità occasionale;
- potenziare il processo di progressiva integrazione dei medici di continuità assistenziale con l'attività di Medicina Generale;

Tale azione potrà essere raggiunta non solo attraverso interventi di natura gestionale ed organizzativa, come descritto in precedenza, ma soprattutto previa rinegoziazione complessiva dell'accordo integrativo regionale ed aziendale per la medicina di base e la pediatria di libera scelta che, attraverso il reperimento di risorse derivanti da economie su altre voci della convenzione, riallinei il peso del livello di assistenza al parametro nazionale.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Sviluppo modello organizzativo a rete per un migliore utilizzo delle ore di continuità assistenziale	
Coinvolgimento dei MCA nei programmi di gestione domiciliare in accordo con i MMG	
Partecipazione dei MCA alle attività di prevenzione primaria, secondaria e terziaria	
Coinvolgimento dei MCA nella implementazione banca dati FSE	
Potenziamento integrazione MCA con attività di Medicina Generale	
Indicatori di risultato	Tempistica
Rinegoziazione accordi MMG e PLS	Giugno 2014
Riduzione numero di accessi al pronto soccorso	Dicembre 2014
Attivazione Fascicolo Sanitario Elettronico	Dicembre 2014
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Servizio di assistenza territoriale	
DG ASReM	
Responsabile dell'assistenza territoriale	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	0

Intervento 14.4: Riorganizzazione unità operative ASReM

Azione 14.4.1: Riordino unità operative

In conseguenza della riorganizzazione della macroarea ospedaliera e territoriale - ambientale, la Regione Molise prevede di avviare un profondo processo di rimodulazione delle unità operative, sia complesse che semplici. In base a questa nuova strutturazione l'ASReM ridurrà considerevolmente nel biennio di vigenza dei presenti Programmi Operativi il numero delle unità operative come riportato nella tabella seguente (vedi Tabella 89).

Riorganizzazione unità operative SSR - Dettaglio per macroarea assistenziale e tipologia unità									
	UU.OO.CC.			UU.OO.a V.D			UU.OO.SS.		
	Esistenti	Previste	Delta	Esistenti	Previste	Delta	Esistenti	Previste	Delta
PP.OO.	68	44	-24	9	37	28	45	45	0
TERRITORIO	33	24	-9	7	4	3	28	27	-1
TECNICO-AMM.VE	21	9	-12	0	2	-2	0	7	7
Totale	122	77	-45	16	43	29	73	79	6

Riepilogo riorganizzazione unità Operative SSR			
	Unità Operative		
	Esistenti	Previste	Delta
PP.OO.	122	126	4
TERRITORIO	68	55	-13
TECNICO-AMM.VE	21	18	-3
Totale	211	199	-12

Tabella 89 - Stato attuale delle UO territoriali e situazione a tendere (al 31.12.2015)

Tale riorganizzazione prevede una soppressione di complessive 98 U.O, che equivalgono a circa il 41% delle unità presenti alla data odierna. In particolare, si attueranno significativi cambiamenti nella macroarea ospedaliera che vedrà una riduzione complessiva pari a 19 unità e che subirà, al tempo stesso, una radicale revisione delle tipologie di unità operative in essa ricomprese.

Si stima, inoltre, che tale processo organizzativo porterà ad un risparmio complessivo pari a 2,6 €/mln, a partire da Giugno 2014 e fino a Dicembre 2015, in ragione dei cambiamenti che intercorrono a livello di personale ASReM e di organizzazione interna. Tale stima è stata riportata nella sezione del Programma 10 relativo alle valorizzazioni connesse al personale. Si rimanda quindi al paragrafo sulle valorizzazioni del personale per il dettaglio della metodologia di calcolo.

La Regione Molise, quindi, intende avviare e concludere tale processo di riorganizzazione contestualmente all'approvazione dei presenti Programmi Operativi e all'emanazione dei Piani di riassetto della rete ospedaliera e territoriale.

INDICATORI	
Risultati programmatici	
Rimodulazione unità operative ASReM	
Indicatori di risultato	Tempistica
Rimodulazione unità operative ASReM	Dicembre 2014
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Tutela della Salute	
DG ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
Stima impatto inserita nella Valorizzazione del Programma 10	

Intervento 14.5: Piano degli investimenti

Azione 14.5.1: Elaborazione Piano degli investimenti

Come disposto nel DCA 8/2013 "Piano Sanitario Regionale 2013-2015" nel triennio di vigenza dei presenti Programmi Operativi sono stati programmati investimenti finalizzati:

- all'adeguamento e messa a norma di strutture ed impianti fissi;
- al completamento, ampliamento e ristrutturazione delle strutture ai fini di funzionalità delle attività caratteristiche e dei servizi di supporto tecnico e amministrativo e della ricettività alberghiera;

- all'aggiornamento delle attrezzature tecnico-scientifiche.

Nella tabella che segue si riportano gli interventi già oggetto di finanziamento e attualmente in corso di esecuzione.

Stato AS IS interventi di edilizia sanitaria		
Fonte di finanziamento	Intervento	
Art. 20 Legge 67/1988	Interventi in materia di sicurezza ancora in esecuzione (13.267.157,98 € di cui 12.603.570,06 € a carico Stato)	Interventi in materia di sicurezza per il N.C.O. "A. Cardarelli" di Campobasso
		Adeguamento impianto di incenerimento al P.O. "A. Cardarelli" di Campobasso
		Adeguamento impianto elettrico al P.O. "A. Cardarelli" di Campobasso
	Interventi di cui all'Accordo di programma 2005 ancora in esecuzione (13.051.072,41 € di cui 12.398.518,77 € a carico Stato)	Adeguamento a norma e ristrutturazione P.O. "F. Veneziale" di Isernia
		Adeguamento a norma e ristrutturazione P.O. "F. Veneziale" di Isernia - Lavori urgenti
	Interventi di cui all'Accordo di programma integrativo 2008 ⁽¹⁾ ancora in esecuzione (12.392.517,63 € di cui 11.772.891,75 € a carico Stato)	Ampliamento poliambulatorio di Montenero di Bisaccia
		Ampliamento poliambulatorio di Trivento
		Realizzazione della cabina elettrica e del gruppo di emergenza P.O. "F. Veneziale" di Isernia
	Realizzazione di una RSA per 60 p.l. nel comune di Colletorto	
Art. 71 Legge 448/1998	Interventi di riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani ancora in esecuzione (16.121.652,00 € a carico Stato solo per interventi ASReM, rispetto a un finanziamento complessivo a carico stato di 22.467.183,17 €)	Distretto di Campobasso
		Attrezzature e apparecchiature elettromedicali
Legge 135/1990	Interventi ancora in esecuzione Piano AIDS - ridestinazione fondi (2.178.569,01 € a carico Stato)	Realizzazione di strutture integrate per un percorso terapeutico diagnostico interdisciplinare nel P.O. "A. Cardarelli" di Campobasso
Art. 15 delibera CIPE 20/2004	Interventi Fondi FAS infrastrutture sanitarie e sociali ancora in esecuzione (7.360.000,00 € solo per progetti ASReM)	Completamento centro iperbarico P.O. "G. Vietri" di Larino
		Realizzazione di un hospice presso il P.O. "A. Cardarelli" di Campobasso

(*) Si rammenta che il finanziamento per il completamento e la ristrutturazione del poliambulatorio comunale di Frosolone è stato revocato

Tabella 90 - Interventi già finanziati in corso di esecuzione

Relativamente ai fondi ex art. 20 Legge n. 67/1998, in particolare, sono disponibili risorse per circa 100,3 milioni di euro a carico dello Stato, come meglio esplicitato in tabella, al netto del valore della richiesta di APQ per l'accesso ai fondi in attuazione dell'art. 79, comma 1 sexies lett. c) della legge n. 133/2008:

Risorse residue a carico dello Stato ex Art. 20 Legge 67/1988	
Valori in euro	
Fondi ex art. 20 L. 67/1988 seconda fase	104.831.971
Fondi ex art. 20 L. 67/1988 terza fase	1.962.536
Integrazioni da Legge Finanziaria 2007	14.989.007
Integrazioni da Legge Finanziaria 2008	18.356.862
Totale a carico dello Stato	140.140.377
di cui per Accordi di programma sottoscritti	35.323.657
	Sicurezza 12.435.766
	APQ 2005 11.772.892
	APQ 2008 11.115.000
Revoca finanziamento Poliambulatorio di Frosolone	1.140.000
Totale a carico dello Stato	105.956.719
Richiesta APQ fondi ex art. 79 comma 1 sexies lett. c) L. 133/2008	5.650.500
Totale risorse residue a carico dello Stato	100.306.219

Tabella 91 - Risorse disponibili ex art. 20 Legge n. 67/1998

Le risorse rese disponibili attraverso l'art. 79 (con una compartecipazione da parte della Regione per 299.500 euro) sono destinate alla progettazione e realizzazione del modello di monitoraggio del SSR volto a garantire la raccolta sistematica e continuativa dei dati provenienti dall'ASReM e necessari per il governo della spesa, la garanzia dei LEA e la verifica sull'avanzamento delle azioni previste ai fini del rientro dal disavanzo regionale e della riqualificazione del SSR.

La scala delle priorità degli interventi, in base alle effettive disponibilità finanziarie ex art. 20 della legge n. 67/1988 e s.m.i., sarà definita d'intesa con l'ASReM e coerentemente al grado di criticità delle situazioni sulle quali è necessario intervenire.

Il Piano degli investimenti, correlato alla effettiva disponibilità del finanziamento, costituisce allegato obbligatorio del bilancio di previsione triennale ed annuale dell'ASReM. Una quota del 10% del finanziamento in conto capitale disponibile in ciascun esercizio per l'acquisto di beni durevoli, e quindi con esclusione delle somme destinati alle opere strutturali, è riservato agli imprevisti.

La logica che sosterrà gli investimenti futuri dovrà cambiare in conformità alle diverse analisi di appropriatezza, e in tal senso andrà progettata una rete delle attività dedicata alla "post-acuzie" e alla "residenzialità" pari a circa l' 1% dei ricoveri complessivi, con conseguente miglioramento della performance totale.

A tal fine la Struttura Commissariale e ASReM intendono procedere all'elaborazione in sinergia del nuovo Piano degli Investimenti Sanitari entro e non oltre 30 giorni dall'approvazione dei presenti Programmi Operativi, coerentemente con le indicazioni e gli obiettivi dei presenti Programmi Operativi e delle indicazioni che interverranno dai Ministeri competenti.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Piano Investimenti Sanitari	
Indicatori di risultato	Tempistica
Emanazione del Piano degli Investimenti	Entro 30 GG da approvazione PO 2013-2015
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Ufficio Progetti e patrimonio del Servizio Risorse finanziarie e infrastrutture sanitarie della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	

Valorizzazione Programma 14: Riequilibrio Ospedale-Territorio

Riepilogo impatti manovra nel triennio						
Valori in €/000						
Azione	Ambito intervento	Voci CE	2013	2014	2015	Totale
14.1.1	Macroarea ospedaliera	Risparmio da disattivazione posti letto pubblici		-427	-997	
14.1.2	Macroarea ospedaliera	Riduzione servizi per integrazione Cardarelli - FGPII			-3.094	
14.3.1	Macroarea territoriale	Riduzione contributi ARPAM			-1.570	
Totale manovre annuali				-427	-5.661	-1.570

Tabella 92 - Riepilogo impatto manovre Programma 14

I risparmi derivanti dalla disattivazione dei posti letto pubblici (

Azione 14.1.1: Riassetto Rete Ospedaliera regionale) e dalla riduzione di spesa a seguito dell'integrazione tra Cardarelli e Fondazione Giovanni Paolo II (

Azione 14.1.2: Integrazione tra ASReM (Presidio Ospedaliero "Cardarelli") e Fondazione di Ricerca e Cura "Giovanni Paolo II") sono stati contabilizzati all'interno della Valorizzazione Programma 9: Razionalizzazione spesa. Di seguito sono riportate le metodologie di calcolo.

Intervento 14.1: La Rete Ospedaliera

Azione 14.1.1: Riassetto Rete Ospedaliera regionale

Alla luce della prevista integrazione con la Fondazione Giovanni Paolo II e del conseguente trasferimento delle attività nella nuova sede, sono stati ipotizzati risparmi derivanti dalla dismissione della struttura che attualmente ospita il Cardarelli, con particolare riferimento ad alcune voci di costo inerenti i beni e servizi.

PO Cardarelli - Voci di spesa coinvolte nella dismissione	
Valori in Euro	
	A
Voce di spesa	Spesa sostenuta
Pulizia (al 50%)	492.421
Manutenzione Ordinaria	3.249.766
Manutenzione Straordinaria	1.750.234
Utenza Gas	
Utenza Luce	
Totale	5.492.421
Stima investimenti per integrazione	1.000.000
Totale risparmi	4.492.421

Tabella 93 - PO Cardarelli - Voci di spesa coinvolte nella dismissione

La tabella sopra riportata mostra le principali voci di costo per cui si è previsto un risparmio a seguito dell'integrazione e della dismissione della struttura del Cardarelli. In particolare, si sono considerate prudenzialmente le sole voci di costo per cui la dismissione avrebbe un impatto economico concreto, prevedendo quindi una riduzione del 50% dei costi di pulizia (per il rimanente 50% si tratta di costi che dovranno, ad ogni modo, essere sostenuti per l'erogazione delle prestazioni sanitaria, seppur svolte in una sede differente) e del 100% dei costi di manutenzione ordinaria e straordinaria (dell'attuale complesso che ospita attualmente il Cardarelli sarà utilizzata solo una nuova ala, da poco ristrutturata, per l'erogazioni e di prestazioni di riabilitazione). Non sono stati prudenzialmente considerati risparmi inerenti le utenze di Gas e Luce. Infine, sono stati stimati investimenti pari ad 1 €/mln per l'efficientamento strutturale del nuovo complesso che accoglierà le attività del Cardarelli.

Pertanto, ai fini della valorizzazione della manovra, che avrà un impatto del 50% nel 2014 e del 50% nel 2015, si è prudenzialmente proceduto ad abbattere la stima di risparmio del 20%. La stima del valore degli investimenti necessario all'integrazione è stata considerata al 100%.

Impatto manovra Dismissione			
Valori in €/000			
	2013	2014	2015
Riduzione Servizi per dismissione Cardarelli	-	-	4.492
Abbattimento prudenziale del 20%	0	0	-898
Manovra Riduzione	0	0	3.594
Stima investimenti per integrazione	0	0	-500
Impatto Manovra	0	0	3.094
Totale manovra	3.094		

Tabella 94 - Impatto manovra dismissione Cardarelli

Azione 14.3.1: Riassetto della rete territoriale dei servizi

In virtù della soppressione dell'ARPAM e del contestuale trasferimento in capo ad ASReM delle funzioni, del patrimonio e del personale si prevede, oltre ad un risparmio complessivo derivante da un maggior efficientamento delle attività gestionali e contabili, che in un'ottica prudenziale s'intende non valorizzare, un ulteriore beneficio derivante dalla diminuzione dei contributi erogati all'Agenzia *de qua* da parte della GSA. Nell'esercizio 2012, infatti, l'ARPAM ha generato un utile pari a 1,57 €/mln, a fronte di 7,5 €/mln di finanziamento provenienti da GSA ovvero dal FSR e 2,9 €/mln con altre risorse regionali. È intenzione delle Regione Molise procedere ad un riallineamento dei contributi erogati dalla GSA pari all'utile evidenziato nel 2012.

Ricostruzione Bilancio ARPAM - anno 2012		Revisione contributi GSA	Ricostruzione Bilancio ARPAM - anno 2014	
Valori in €/000			Valori in €/000	
Contributi in c/esercizio	10.440		Contributi in c/esercizio	10.440
di cui da GSA (FSR)	7.500		di cui da GSA (FSR)	6.000
di cui da altre risorse regionali	2.940		di cui da altre risorse regionali	2.940
Utili d'esercizio	1.570		Utili d'esercizio	0

Tabella 95 - Composizione bilancio ARPAM – anno 2012

Da questa manovra, quindi, si stima di poter ottenere un risparmio sul FSR pari a circa 1,6 €/mln nell'anno 2015.

Riepilogo impatti manovra nel triennio						
Valori in €/000						
Azione	Ambito intervento	Voci CE	2013	2014	2015	Totale
14.3.1	Macroarea territoriale	Riduzione contributi ARPA			-1.570	-1.570
Totale manovre annuali				-1.570		-1.570

Tabella 96 - Impatto manovra da soppressione ARPAM

Programma 15: Rete Emergenza-Urgenza

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- ridefinizione della rete nelle sue componenti territoriale ed ospedaliera;
- rete di emergenza territoriale: razionalizzazione delle centrali operative, delle postazioni dei mezzi di soccorso di base ed avanzato, del servizio di elisoccorso; individuazione dei PPI (Punti di primo intervento);
- integrazione con il servizio di Continuità Assistenziale (razionalizzazione delle postazioni) e con gli Ospedali;
- rete di emergenza ospedaliera: definizione dei requisiti organizzativi (Osservazione Breve Intensiva), articolazione dei presidi secondo il modello HUB & SPOKE; rete della gestione delle patologie tempo dipendenti (Sindrome coronarica acuta, Stroke, Trauma);
- presenza di modalità di coordinamento dell’Emergenza a livello Regionale ed Inter-Regionale .

Intervento 15.1: Riqualificazione Rete Emergenza-Urgenza

La progettazione della rete dell’emergenza-urgenza necessita di un’attenta analisi dei bisogni locali, della popolazione residente, dei vincoli oro-geografici, della viabilità, al fine di consentire il rispetto del patto per la salute, il rientro dal debito sanitario ed il miglioramento dell’efficacia e della qualità delle prestazioni.

Analisi situazione “As Is”

Il Servizio di Emergenza Territoriale “118” del Molise è un’Unità Operativa Complessa denominata C.O.-S.E.T. 118 del Molise “Molise Soccorso” ed è una componente strutturale del Dipartimento di Emergenza Accettazione di Secondo livello della ASReM.

È costituita in modo unitario da una Centrale Operativa, unica a valenza regionale con sede a Campobasso presso l’ospedale “A. Cardarelli”, e da 16 postazioni territoriali, situate in aree strategiche del territorio nelle seguenti località:

- Agnone;
- Bojano;
- Campobasso 1;
- Campobasso 2;
- Castelmauro;
- Cerro al Volturno;
- Frosolone;
- Isernia;
- Larino;
- Montenero;
- Riccia;
- S. Croce di Magliano;
- S. Elia a Pianisi;
- Termoli;
- Trivento;
- Venafrò.



Figura 35 - Stato As Is Rete Emergenza Molise - C.O. 118 - Postazioni territoriali

La Centrale Operativa 118 opera in collegamento diretto con le postazioni territoriali e con gli ospedali (Servizi di Pronto Soccorso, UTIC, Rianimazione, Neonatologia) e coordina gli eventuali mezzi aerei impiegati, il trasporto organi, farmaci ed équipe sanitarie. Inoltre, è strutturalmente organizzata per il coordinamento e la gestione delle tecnologie sanitarie delle maxi-emergenze, catastrofi ed eventi NBCR (Nucleari, Biologici, Chimici, Radiologici).

Nell'2012 ha coordinato circa 23.276 interventi con invio di mezzo, di cui trasportati in ospedale n. 10.431 e trattati a domicilio n.12.845. Inoltre sono state gestiti n.1.812 interventi risolti con consulto telefonico e n.2.382 pazienti trattati in sede di postazione e indirizzati a diverso setting assistenziale.

I codici di gravità sono stati:

Confronto e volume di prestazioni per codice		
Codici	di invio	di rientro
Bianco		n° 1.048 (5,17%)
Verde	n° 1.585 (7,85%)	n° 8.706 (42,90%)
Giallo	n° 15.459 (76,19%)	n° 9.295 (45,81%)
Rosso	n° 3.237 (15,96%)	n° 894 (4,41%)
Deceduti		n° 348 (1,71%)

Tabella 97 - Volume prestazioni in PS nel 2012

L'intera attività è garantita con un adeguato supporto informatico, appositamente studiato e dotato di elevata affidabilità con un alto livello di capacità di protezione dei dati, e con un sistema di comunicazioni efficace e ridondante. La trasmissione dei dati, da e verso la centrale, avviene attraverso apparati che utilizzano il sistema GPRS.

L'attività di elisoccorso viene assicurata con assoluta puntualità attraverso una specifica convenzione con la Regione Abruzzo che si è rivelata essere estremamente efficiente (25-30 min. dalla chiamata per l'arrivo del

mezzo aereo sul luogo) e particolarmente vantaggiosa dal punto di vista economico (circa 25.000-30.000 Euro/anno).

La componente ospedaliera è rappresentata da:

- n. 3 presidi di maggiori dimensioni nelle località di Campobasso, Isernia e Termoli, di cui il primo sede di DEA di II livello e dotato di alte specialità, ed il secondo ed il terzo sedi di DEA di I livello, organizzati e strutturati per assolvere con autonomia le funzioni di ospedali per acuti per tutte le patologie di base
- n. 3 presidi ad Agnone, Larino e Venafro, di dimensioni più modeste e situati in aree con popolazione decisamente più bassa, che trattano pazienti con patologie di minore complessità, essendo dotati di poche specialità

Lo schema grafico della situazione ospedaliera attuale è riportata di seguito.



Figura 36 - Stato As Is Rete Emergenza Molise - strutture ospedaliere

A queste strutture vanno aggiunti gli istituti privati convenzionati, rappresentati da:

- Fondazione "Giovanni Paolo Secondo", con sede a Campobasso, particolarmente dedicata al trattamento delle patologie cardiovascolari con la Cardiocirurgia e l'Emodinamica interventistica, oltre che alla radioterapia
- IRCCS Neuromed di Pozzilli (IS), dedicato alle neuroscienze, dotato di Neurochirurgia e Neuroranimazione
- le cliniche "Villa Maria" a Campobasso e "Villa Esther" a Bojano, dedite esclusivamente alle attività programmate

Obiettivi generali

- Fornire ai cittadini la completa garanzia di un'assistenza rapida e qualificata in tutte le situazioni di emergenza sanitaria, con uniformità su tutto il territorio regionale;
- Ottimizzare l'uso delle risorse e ottenere il contenimento della spesa nei settori di minore utilizzo per favorire gli investimenti laddove è necessario migliorare i servizi;
- Potenziare le funzioni dei presidi ospedalieri che entrano a far parte della rete di emergenza;
- Valorizzare i presidi non inseriti nella rete dell'emergenza in ordine alle esigenze complessive dell'assistenza post-acuzie;
- Ripristinare la completa funzionalità del SET-118 e dei Pronto Soccorso;

- Avvio della creazione della rete regionale del trauma;
- Definire e rendere funzionali le reti assistenziali per garantire i riferimenti assistenziali per tutti i cittadini secondo il migliore standard di qualità;
- Introdurre elementi di interazione-integrazione tra medicina del territorio e medicina ospedaliera;

Azione 15.1.1: Azioni di riassetto della Rete dell’Emergenza

Considerata l’attuale situazione regionale e le azioni di riassetto delle altre Reti cliniche, la Regione intende, nell’arco del triennio 2013-2015:

- a) Definizione formale delle componenti strutturali e funzionali della rete dell’emergenza, rappresentate da:
 - - Servizio di Emergenza Territoriale 118 con i Punti di Primo Intervento;
 - - U.O. di Medicina e Chirurgia di Accettazione e d’Urgenza;
 - - U.O. di Anestesia e Rianimazione;
 - - U.O. Specialistiche che concorrono alle attività di emergenza.
- b) Definizione delle strutture ospedaliere pubbliche che vanno a costituire la rete dell’emergenza tenendo conto del fatto che il Molise è scomponibile in popolazione residente di circa 100.000 abitanti per ognuna di esse, in cui sono già presenti tre strutture di adeguate dimensioni, distanti fra di loro circa un’ora (da 60 a 75 km.), che svolgono già attività complesse.



Figura 37 - Stato To Be Rete Emergenza Molise - strutture ospedaliere

- c) Definizione delle componenti strutturali dei Dipartimento in coerenza con la nuova organizzazione dei presidi ospedalieri regionali e la nuova strutturazione della rete ospedaliera:
 - Funzione di Emergenza Accettazione di Secondo Livello presso l’ospedale “A. Cardarelli” di Campobasso con le U.O. strutturali di:
 - U.O.C. di Centrale Operativa – Servizio di Emergenza Territoriale 118 con P.P.I.
 - U.O.C. di Medicina e Chirurgia di Accettazione e d’Urgenza con O.B.
 - U.O.C. di Anestesia e Rianimazione
 - Funzione di Emergenza Accettazione di Primo Livello presso l’ospedale “F. Veneziale” di Isernia con le U.O. strutturali di:
 - U.O.C. di Medicina e Chirurgia di Accettazione e d’Urgenza con O.B.
 - U.O.C. di Anestesia e Rianimazione
 - Funzione di Emergenza Accettazione di Primo Livello presso l’ospedale “S. Timoteo” di Termoli con le U.O. strutturali di:
 - U.O.C. di Medicina e Chirurgia di Accettazione e d’Urgenza con O.B.
 - U.O.C. di Anestesia e Rianimazione
- d) Definizione degli accordi con gli istituti privati convenzionati che rendono disponibili i servizi che sono ritenuti necessari per il completamento della rete di emergenza:
 - Fondazione “Giovanni Paolo II” di Campobasso
 - IRCCS Neuromed di Pozzilli
- e) Definizione delle caratteristiche organizzative e funzionali delle Osservazioni Temporanee – Osservazioni Brevi / Medicina d’Urgenza – Osservazioni Brevi Intensive, secondo i seguenti criteri:

- Osservazione Temporanea (O.T.), per pazienti che hanno bisogno di un periodo di studio e di terapia da 3 a 6 ore e che richiedono un impegno assistenziale di bassa complessità, essendo caratterizzati dall'assenza di instabilità e/o di compromissione di funzioni vitali, o per pazienti che abbiano problematiche psicosociali risolvibili in poche ore.
 - Osservazione Breve / Medicina d'Urgenza (O.B./M.U.), per pazienti che hanno bisogno di un periodo di studio e di terapia da 36 a 72 ore e che richiedono un impegno assistenziale di media complessità, non presentando caratteristiche cliniche di elevata instabilità e/o di compromissione di funzioni vitali.
 - Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.), per pazienti che hanno bisogno di un periodo di studio e di terapia che si presume non vada oltre le 36 ore e che richiedono un impegno continuo ed intensivo del personale al fine di risolvere entro tale tempo le problematiche acute presentate.
- f) Regolamentazione del trasporto secondario che, a regime, sarà posto a carico del SET-118 previa attribuzione di specifiche risorse, anche riutilizzando i mezzi di cui è già dotata la ASReM e ricollocando il personale già dipendente che risultasse utile allo scopo
- g) Ristrutturazione delle strutture di Agnone, Larino e Venafro per l'attribuzione delle nuove funzioni per le post-acuzie e per l'attivazione del Punto di Primo Intervento con compiti di gestione e di trattamento dei pazienti che vi giungono spontaneamente o che vi sono trasportati dal SET-118, anche attraverso un'osservazione di norma non superiore alle 3 ore per i pazienti che abbiano bisogno di una terapia prolungata o di un maggiore inquadramento diagnostico, nonché di stabilizzare il paziente critico ed effettuare il trasferimento protetto verso l'ospedale competente della rete dell'emergenza.
- h) Revisione delle convenzioni con le Associazioni di Volontariato per le attività del SET-118
- i) Conferma dell'attività di elisoccorso in convenzione con la Regione Abruzzo
- j) Copertura delle carenze di personale, con adeguamento del loro numero alle nuove esigenze, nei Pronto Soccorso, nel SET-118 e nelle U.O. di Anestesia e Rianimazione
- k) Stabilizzazione delle funzioni di Triage di Pronto Soccorso
- l) Adeguamento dei posti letto di Terapia Intensiva adulti
- m) Attivazione delle procedure per l'inquadramento nella dirigenza dei medici convenzionati del SET-118
- n) Aggiornamento e addestramento del personale dell'emergenza
- o) Acquisizione delle automediche per il SET-118
- p) Ristrutturazione dei locali della Centrale Operativa, tenendo anche conto delle innovazioni introdotte per la gestione della Continuità Assistenziale nell'ottica di sinergia operativa con il SET-118
- q) Creazione di sinergie operative con la Continuità Assistenziale
- r) Definizione e attivazione delle reti assistenziali per patologia, come di seguito indicato:
- Sindrome Coronarica Acuta ed Emergenze Cardiologiche:
 - Ospedale "A. Cardarelli" e Fondazione "Giovanni Paolo II" di Campobasso come HUB;
 - Ospedali di Isernia e di Termoli come SPOKE;
 - Emergenze Neonatali, STEN e STAM:
 - Ospedale di Campobasso come HUB;
 - Ospedali di Isernia e di Termoli come SPOKE.
 - Trauma maggiore:
 - Costituzione trauma team regionale;
 - Avvio lavori di studio su strutturazione della rete trauma regionale;
 - Stroke
 - Ospedale di Campobasso: Centro HUB per l'area di Campobasso-Termoli (Stroke Unit di I° livello)
 - IRCCS "Neuromed" di Pozzilli (IS): Centro HUB per l'area di Isernia (Stroke Unit di I° livello)
 - Ospedale di Termoli: Centro SPOKE per l'area di Termoli (Stroke Unit di II° livello)
 - Emergenze Infettivologiche
 - Ospedale di Campobasso: Centro HUB per le emergenze infettive altamente contagiose ed epidemiche
 - Ospedali di Isernia e di Termoli: Centri SPOKE per pazienti affetti da malattie infettive senza compromissioni delle funzioni vitali ed a carattere non epidemico

- s) Definizione dei protocolli per assicurare costantemente il ricovero del paziente acuto direttamente all'ospedale idoneo in base alla patologia di cui è interessato per ogni area geografica di appartenenza. Si veda il grafico riportato di seguito.

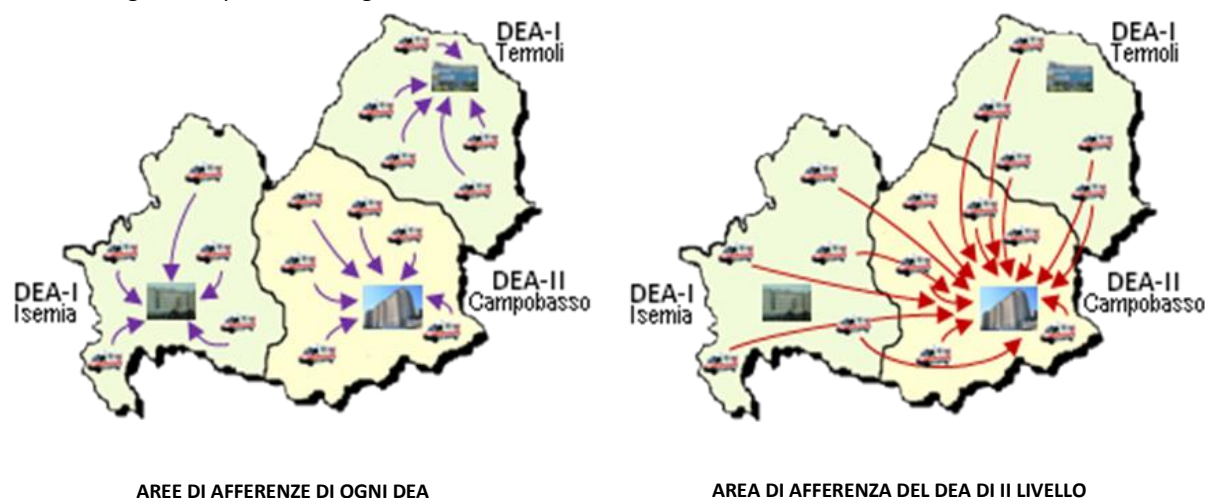


Figura 38 - Stato To Be Rete Emergenza Molise - Aree di afferenza DEA regionali

Relativamente alla tempistica di attuazione delle azioni esposte nei paragrafi precedenti si è preso come punto di riferimento temporale l'emanazione dell'Atto Aziendale. Di conseguenza a seguito della tempistica prevista dall'Azione 1.1.2: Implementazione funzioni ASReM e emanazione Atto Aziendale, si è proceduto alla stima della tempistica di realizzazione delle azioni a partire da Gennaio 2014.

Crono programma azioni della Rete di Emergenza			
Azione	Descrizione	Tempi da Atto Aziendale	Stima tempistica
a	Definizione formale delle componenti strutturali e funzionali della rete dell'emergenza, rappresentate da:	3 mesi	Febbraio 2014
b	Definizione delle strutture ospedaliere pubbliche che vanno a costituire la rete dell'emergenza	3 mesi	Febbraio 2014
c	Definizione delle componenti strutturali dei Dipartimento	3 mesi	Febbraio 2014
d	Definizione di eventuali accordi con gli istituti privati	6 mesi	Maggio 2014
e	Definizione delle caratteristiche organizzative e funzionali delle Osservazioni Temporanee – Osservazioni Brevi / Medicina d'Urgenza – Osservazioni Brevi Intensive,	6 mesi	Maggio 2014
f	Regolamentazione del trasporto secondario	6 mesi	Maggio 2014
g	Ristrutturazione delle strutture di Agnone, Larino e Venafro per l'attribuzione delle nuove funzioni per le post-acuzie e per l'attivazione del Punto di Primo Intervento	6 mesi	Maggio 2014
h	Revisione delle convenzioni con le Associazioni di Volontariato per le attività del SET-118	9 mesi	Agosto 2014
i	Conferma dell'attività di elisoccorso in convenzione con la Regione Abruzzo	9 mesi	Agosto 2014
l	Copertura delle carenze di personale, con adeguamento del loro numero alle nuove esigenze, nei Pronto Soccorso, nel SET-118 e nelle U.O. di Anestesia e Rianimazione	12 mesi	Novembre 2014
m	Stabilizzazione delle funzioni di Triage di Pronto Soccorso	12 mesi	Novembre 2014
n	Adeguamento dei posti letto di Terapia Intensiva adulti	12 mesi	Novembre 2014
o	Attivazione delle procedure per l'inquadramento nella dirigenza dei medici convenzionati del SET-118	12 mesi	Novembre 2014
p	Aggiornamento e riaddestramento del personale dell'emergenza	12 mesi	Novembre 2014
q	Acquisizione delle automediche per il SET-118	18 mesi	Maggio 2015
r	Ristrutturazione dei locali della Centrale Operativa	18 mesi	Maggio 2015
s	Creazione di sinergie operative con la Continuità Assistenziale	18 mesi	Maggio 2015
t	Definizione e attivazione delle reti assistenziali per patologia	18 mesi	Maggio 2015
u	Definizione dei protocolli per il ricovero del paziente acuto all'ospedale in base alla patologia e alla zona geografica di appartenenza	18 mesi	Maggio 2015

Tabella 98 - Stato To Be Rete Emergenza Molise - Aree di afferenza DEA regionali

INDICATORI	
Risultati programmatici	
Ottimizzazione delle funzioni sanitarie a vantaggio dei pazienti acuti e degli operatori e per garantire uniformità di assistenza sanitaria su tutto l'ambito regionale	
Riequilibrio della distribuzione delle risorse tecnico-professionali in ambito regionale	
Introduzione delle funzioni di lungodegenza e di riabilitazione post-acuzie con ripristino dei posti letto per acuti negli ospedali deputati all'emergenza	
Integrazione delle attività territoriali con quelle ospedaliere	
Riduzione della spesa sanitaria complessiva grazie alla razionalizzazione delle attività	
Avvio degli investimenti nei settori per i quali è richiesta la stabilizzazione e/o l'incremento sulla base della reale domanda sanitaria	
Indicatori di risultato	Tempistica
Completamento delle azioni indicate entro le scadenze stabilite	In Corso ed entro Giugno 2015
Monitoraggio avvenuta implementazione azioni	In Corso ed entro Giugno 2015
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Programma 16: Sanità penitenziaria

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- ricognizione procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento Amministrazione penitenziaria al SSR;
- disattivazione Ospedali psichiatrici giudiziari e individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti;
- tutela della salute in carcere.

Intervento 16.1: Potenziamento Sanità Penitenziaria

Con il DPCM 1 aprile 2008, concernente le modalità e i criteri per il trasferimento al servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria, si è completata una riforma di sistema che aveva avuto inizio con il Decreto Legislativo 230/1999 “Riordino della medicina penitenziaria”, con il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni relative ai soli settori della prevenzione e delle tossicodipendenze.

A seguito del trasferimento, le Regioni e le Aziende sanitarie hanno assunto la responsabilità dell’assistenza sanitaria nelle carceri, negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e negli istituti e servizi della Giustizia minorile.

Per l’assistenza sanitaria nel suo complesso, il documento programmatico di riferimento, è costituito dalle “Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale”(Allegato A, parte integrante del DPCM citato).

Attualmente in Regione Molise sono presenti tre istituti penitenziari: Campobasso, Larino e Isernia.

Situazione carceri presenti in Regione Molise al 30.06.2012					
Istituto	Tipologia	Capienza regolamentare	Detenuti presenti	di cui donne	di cui stranieri
Campobasso	CCR	112	128	0	21
Larino	CCR	219	294	0	39
Isernia	CC	70	83	0	7
Totale		401	505	0	67

Tabella 99 - Situazione carceri in Regione Molise (Fonte: Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria)

La Regione Molise ha recepito il DPCM 1 aprile 2008 con propria deliberazione del 23.06.2008 n. 544. Con tale atto è stato istituito il previsto Osservatorio regionale sulla sanità penitenziaria, quale organo consultivo e di monitoraggio, costituito da rappresentanti della Regione, del Provveditorato Regionale dell’Amministrazione Penitenziaria per il Molise e l’Abruzzo (PRAP) e del Centro per la Giustizia Minorile per l’Abruzzo, Molise e Marche (CGM).

In data 14 settembre 2009, l’Osservatorio ha elaborato un Protocollo di Intesa finalizzato a definire le forme di collaborazione relative alle funzioni di sicurezza, i principi e i criteri di collaborazione tra l’ordinamento sanitario e l’ordinamento penitenziario, al fine di garantire la tutela della salute e il recupero sociale dei detenuti e degli internati adulti nonché le esigenze di sicurezza all’interno dei tre Istituti di Pena presenti nel territorio regionale: Campobasso, Isernia e Larino. Il protocollo è stato ratificato dalla Giunta Regionale con delibera 29 settembre 2009.

Sulla base di tale protocollo, sono stati avviati, da parte della Regione e dell’ASReM, i primi atti mirati a regolamentare il ruolo del Servizio Sanitario Regionale all’interno degli istituti penitenziari.

Azione 16.1.1: Definizione nuovo assetto organizzativo per la Sanità Penitenziaria

Tenendo a riferimento le indicazioni dell'Allegato A, parte integrante del DPCM 1 aprile 2008 e le indicazioni degli Accordi stipulati in sede di Conferenza Unificata, la Struttura Commissariale ritiene necessario procedere ad una riorganizzazione complessiva del servizio di Sanità Penitenziaria in modo da giungere a completare la definizione delle modalità organizzative e di funzionamento del Servizio Sanitario Regionale all'interno degli istituti di pena. Si prevede di giungere alla definizione di una rete regionale integrata che garantisca continuità assistenziale anche in termini di equità e qualità, avvalendosi di almeno due strutture distrettuali, una semplice dipartimentale nel distretto sanitario di Campobasso, che abbia referenza aziendale per la materia e che gestisca le attività negli istituti di Campobasso e Larino e l'altra semplice nel distretto sanitario di Isernia, che coordini l'attività nell'istituto di Isernia.

Contestualmente al riordino la Struttura Commissariale s'impegna nel corso del triennio a:

- adottare le misure necessarie a garantire l'assistenza di base e specialistica, la continuità assistenziale e la risposta alle urgenze, anche con l'ausilio di servizi di telemedicina;
- dare assetto definitivo ai rapporti di lavoro del personale sanitario a tempo determinato, instaurato ai sensi della legge 9 ottobre 1970, n. 740, in essere alla data del 15 marzo 2008, operante all'interno degli istituti penitenziari ubicati nell'ambito del territorio distrettuale di riferimento, in osservanza delle disposizioni del CCNL comparto sanità (infermieri) o che saranno emanate all'interno del prossimo ACN della Medicina Generale (medici);
- attivare e implementare i SERT all'interno degli Istituti penitenziari avvalendosi di diverse professionalità (medico, infermiere e psicologo) e utilizzando il personale già in essere al 15 marzo 2008;
- stabilire i criteri di riparto della quota del fondo sanitario regionale vincolato tra i tre distretti socio-sanitari sede di istituti penitenziari, in base ad una parte fissa ed una parte variabile in relazione al numero di detenuti presenti e agli ingressi dalla libertà;
- garantire le medesime prestazioni sanitarie riservate ai cittadini italiani agli immigrati detenuti extracomunitari non in regola con il permesso di soggiorno, attribuendo il codice STP e separando le prestazioni soggette a rimborso del Ministero dell'Interno da quelle di competenza della Regione tramite fondi vincolati; la relativa contabilizzazione e i dati conoscitivi sono competenza della struttura distrettuale di Campobasso;
- utilizzare i fondi assegnati ai sensi della legge n. 662/1996, art. 1, comma 34, per la sanità penitenziaria per progetti che prevedano l'implementazione della cartella clinica informatica, per la fornitura di prestazioni extra LEA, se consentito, già assicurati a suo tempo dal Ministero della Giustizia e concordati in sede di protocollo interistituzionale (protesi odontoiatriche, farmaci di fascia C) e per la prevenzione di malattie infettive, patologie cronico-degenerative e dipendenze;
- adottare i necessari protocolli di intesa fra Regione, ASREM e Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria, atti a garantire efficienza ed efficacia a tutti gli interventi di tutela della salute, con particolare attenzione alle sinergie necessarie tra l'Area Sanitaria (di competenza del SSN) e le Aree del Trattamento e della Sicurezza (di competenza delle Amministrazioni Penitenziarie).

Parallelamente alle attività di riordino elencate in precedenza la Regione Molise s'impegna a sottoscrivere protocolli di intesa con la Regione Abruzzo in materia di Sanità Penitenziaria relativamente alla condivisione di strutture sanitarie e gestione dei pazienti in cura.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Riordino Sanità Penitenziaria	
Indicatori di risultato	Tempistica
Sottoscrizione protocolli d'intesa con Regione Abruzzo	Giugno 2014
Attuazione azioni da PSR 2013-2015	Dicembre 2015
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Programma 17: Assistenza farmaceutica

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- Commissione Terapeutica Regionale;
- revisione del PTOR;
- definizione specifica di percorsi per categorie di farmaci “alto spendenti”;
- monitoraggio della attività prescrittiva e incentivi per la prescrizione dei farmaci equivalenti attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria, ai sensi di quanto previsto dall’art. 11, comma 7, let. b) del D.L 78/2010;
- razionalizzazione dell’uso del farmaco in ospedale;
- budget dei MMG e PLS attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria;
- misure di compartecipazione alla spesa.

La Legge n.135 del 07.08.2012 (conversione, con modifiche, del Decreto Legge 95 del 06.07.2012) all’art.15 prevede interventi relativi alla spesa farmaceutica; nello specifico per l’anno 2012:

- il comma 2 dell’art. 15 stabilisce che “A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto, l’ulteriore sconto dovuto (dalle farmacie) convenzionate ... è rideterminato al valore del 2,25 per cento. Limitatamente al periodo decorrente dalla data di entrata in vigore del presente decreto e fino al 31 dicembre 2012, l’importo che le aziende farmaceutiche devono corrispondere alle Regioni ai sensi dell’ultimo periodo del comma 6 dell’articolo 11 del decreto-legge 31 maggio 2010 n. 78, convertito dalla legge 30 luglio 2010 n. 122, è rideterminato al valore del 4,1 per cento. Per l’anno 2012 l’onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l’assistenza farmaceutica territoriale ... è rideterminato nella misura del 13,1 per cento. In caso di sfioramento di tale tetto continuano ad applicarsi le vigenti disposizioni in materia di ripiano”;
- lo sconto dovuto dalle farmacie e dalle aziende farmaceutiche al SSN sale complessivamente dall’attuale 3,65% al 10,15% (+0,43% a carico delle farmacie, per le quali lo sconto passa da 1,82% a 2,25%; +2,27% per le aziende farmaceutiche, con lo sconto che passa da 1,83% al 4,1%), con un incremento complessivo del 2,7%;
- scende al 13,1% del Riparto FSN, dall’antecedente 13,3%, il tetto della spesa farmaceutica territoriale. Tale modifica, non desta particolari preoccupazioni per il 2012; in quanto restano invariate le regole di ripiano dell’eventuale sfioramento, a carico della filiera distributiva. Risulta, ampiamente, soddisfatto, infatti, l’onere a carico della Regione di coprire con il ticket almeno il 30% dello sfioramento, ai sensi del comma 4 dell’art. 5 della L. 222/2007: il ticket viene utilizzato come misura di contenimento per calmierare i consumi e non al fine di coprire lo sfioramento del tetto.

Per il 2013, le innovazioni introdotte dalla spending *review* hanno, sicuramente, un impatto maggiore sui risultati regionali.

Il comma 2 dell’art. 15, stabilisce, infatti, che a decorrere dal 1° gennaio 2013, l’attuale sistema di remunerazione della filiera distributiva del farmaco è sostituito da un nuovo metodo, definito con decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sulla base di un accordo tra le associazioni di categoria.

Il comma 3, ridetermina nella misura dell’11,35% l’onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l’assistenza farmaceutica territoriale, al netto degli importi corrisposti dal cittadino per l’acquisto di farmaci ad un prezzo diverso dal prezzo massimo di rimborso stabilito dall’AIFA in base a quanto previsto dall’articolo 11, comma 9, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122. Aggiunge, inoltre, che gli eventuali importi derivanti dalla procedura di ripiano sono assegnati alle regioni, per il 25%, in proporzione allo sfioramento del tetto registrato nelle singole regioni e, per il residuo 75%, in base alla quota di accesso delle singole regioni al riparto.

Ai fini della stima dei risultati attesi per il 2013, occorre, dunque, tener conto:

- della eliminazione della differenza prezzo generico a carico del paziente, quota che per il 2012 è pari a 6 €/mln come da schema AGENAS;
- della modifica delle regole di ripiano dello sfioramento, che viene attribuito per il 25% alle Regioni che hanno sfiorato ed il 75% a tutte in base alla quota di accesso al FSN. Detto meccanismo premia le Regioni più virtuose che pur non avendo sfiorato godranno di rimborsi per lo sfioramento delle altre.

Premessa e contesto di riferimento

Nell'ambito della strategia generale di razionalizzazione/contenimento della spesa farmaceutica a livello regionale ed al fine di perseguire l'obiettivo di implementazione del processo di qualificazione dell'assistenza farmaceutica si individuano, per il triennio 2013 – 2015, gli interventi diretti:

- al riordino del sistema farmaceutico ospedaliero;
- a politiche di contenimento della spesa farmaceutica territoriale, mediante la individuazione di nuovi strumenti di regolazione del processo prescrittivo con riferimento ai parametri di appropriatezza, di costo-terapia, nonché degli aspetti organizzativi e gestionali.

Anche al fine di dare puntuale e corretta attuazione alle seguenti disposizioni emanate in materia farmaceutica:

- articolo 5, commi 1, 4 e 5 del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222 e successive modificazioni;
- articolo 22, comma 3, del decreto legge 1 luglio 2009, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 3 agosto 2009, n. 102 e successive modificazioni;
- art. 11, commi da 6 a 16 del decreto legge n. 78/10, convertito dalla legge n. 122/10 e successive modificazioni;
- art. 13 del decreto legge n. 39/2009, convertito con modificazioni dalla legge n. 77/2009 e successive modificazioni;
- art. 17 del decreto legge n. 98/11;
- art. 32 del decreto legge n. 201/11, convertito in legge con modificazioni dalla legge n. 214/11;
- art. 15, commi da 11 a 11 bis del decreto legge n. 95/2012 convertito con modificazioni dalla legge n. 135/12;
- decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, art. 10 - art. 12, convertito con modificazioni dalla legge n. 189/12.

Detto programma di interventi è distinto nelle macroaree "ospedaliera" e "territoriale" e deriva da una valorizzazione dei punti di forza e da un contenimento dei punti di debolezza del sistema in atto, con individuazione di obiettivi specifici di riordino e di qualificazione del sistema farmaceutico ospedaliero e territoriale.

Ferma restando la programmazione dell'assistenza farmaceutica convenzionata/territoriale ed ospedaliera, come di seguito declinata, è di tutta evidenza come il processo di razionalizzazione/contenimento dei livelli di spesa farmaceutica, contraddistinto da elevata dinamicità, viene adeguato alle manovre previste nei provvedimenti nazionali già emanati e innanzi richiamati - cfr. rimodulazione dei tetti di spesa ex D.L. n. 95/2012 e Legge conversione n. 135/2012 (cd. *Spending Review*).

Intervento 17.1: Razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata/territoriale

Per governare/contenere la spesa farmaceutica convenzionata/territoriale la Regione, tenuto conto che il relativo tetto di spesa è stato rideterminato nella misura del 11,35% a valere dall'anno 2013 ai sensi dell'art. 15, comma 4, del D.L. 95/2012 convertito in legge 135/2012 (c.d. *Spending Review*), individua, sempre nel rispetto dei LEA, ulteriori interventi strategici per il governo dei principali determinanti di tale voce di spesa.

Le azioni sul versante dell'assistenza farmaceutica convenzionata/territoriale vengono di seguito identificate :

- monitoraggio della attività prescrittiva e incentivi per la prescrizione dei farmaci equivalenti attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria, ai sensi di quanto previsto dall'art. 11, comma 7, lett. b) del D.L 78/2010;
- acquisizione diretta ossigeno medicinale. Attività di monitoraggio attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria;
- attribuzione di un *budget* annuale ai Medici di medicina generale. Attività di monitoraggio attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria.
- potenziamento della distribuzione DPC dei farmaci PHT mediante riduzione della percentuale massima di distribuzione sul canale convenzionato degli stessi;
- azioni mirate di informazione/formazione su prescrittori di classi farmaceutiche iperprescritte in termini di numero di dosi;
- potenziamento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico alla dimissione ed in esito a visita specialistica in strutture pubbliche.

Azione 17.1.1: Monitoraggio della attività prescrittiva e incentivi per la prescrizione dei farmaci equivalenti attraverso il supporto del Sistema Tessera sanitaria, ai sensi di quanto previsto dall'art. 11, comma 7, lett. b) del D.L 78/2010.

Al fine di potenziare gli interventi già posti in essere, l'obiettivo è di incrementare la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto appartenenti alle classi/categorie terapeutiche alto spendenti definite da AIFA, in ottemperanza all'art. 11, comma 7b del D.L. 78/2010, anche ai sensi di quanto previsto dall'art. 15, comma 11 bis della legge n. 135/12. Nel dettaglio si prevede:

- Individuazione delle soglie prescrittive per le categorie terapeutiche altospendenti;
- definizione specifica di percorsi per categorie di farmaci altospendenti.

Con decreti commissariali n. 83/2010 e 7/2011 sono state individuati gli obiettivi di prescrizione nell'ambito delle seguenti categorie terapeutiche caratterizzate da criticità:

- Ace inibitori – sartani – statine;
- inibitori reuptake serotonina – inibitori pompa protonica – farmaci antibatterici.

La presente azione mira ad individuare nel breve/medio/lungo periodo le soglie prescrittive per le categorie terapeutiche (ATC) che presentano peculiari criticità, ai sensi degli indicatori di programmazione e controllo elaborati da AIFA, di cui alle "tabelle di raffronto tra la spesa farmaceutica territoriale delle singole regioni sulla base dei migliori risultati in termini di principi attivi non coperti da brevetto, ovvero a prezzo minore rispetto al totale della medesima categoria terapeutica equivalente".

I livelli di prescrizione dei farmaci equivalenti saranno oggetto di monitoraggio nell'ambito del processo di *budgeting e reporting* dei MMG, di cui alla "Azione 17.1.3: Attribuzione di un *budget* annuale ai Medici di medicina generale. Attività di monitoraggio attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria".

INDICATORI	
Risultati programmati	
Potenziamento monitoraggio dell'attività prescrittiva	
Aumento prescrizione farmaci equivalenti	
Riduzione spesa sostenuta	
Indicatori di risultato	Tempistica
Emanazione di apposito DCA riguardante l'individuazione delle soglie di prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto sul totale della classe	Marzo 2014

INDICATORI	
Risultati programmati	
Definizione di percorsi diagnostico terapeutici per le categorie terapeutiche altospendenti	Marzo 2014
Monitoraggio trimestrale della prescrizione dei farmaci generici/equivalenti tramite il Sistema Tessera Sanitaria	Da Aprile 2014
ASReM: Documentazione probatoria attestante l'incremento della prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto inclusi nella lista di trasparenza AIFA	Aprile 2014
ASReM: Documentazione probatoria attestante la riduzione della spesa grazie al minor costo derivante dal prezzo dei farmaci a brevetto scaduto rispetto ai farmaci <i>branded</i>	Aprile 2014
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Direttore Servizio programmazione e assistenza farmaceutica della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
Direttore UOC Farmaceutica Territoriale ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Azione 17.1.2: Acquisizione diretta ossigeno medicinale. Attività di monitoraggio attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria.

La Regione Molise con provvedimento commissariale n. 16 del 30.05.2012 ha previsto l'indizione e l'espletamento della procedura di gara per l'acquisizione diretta dell'ossigeno liquido e il connesso servizio di ossigeno terapia domiciliare a lungo termine (OTD) quali attività gestionali dell'Azienda sanitaria regionale, da concludersi entro l'anno 2012.

Successivamente con Provvedimento del Direttore Generale ASReM n.1277 del 14.11.2013 "Ossigeno-terapia domiciliare" è stata approvata la direttiva circa l'avvio del servizio OTD con decorrenza dal 01.12.2013, recepita e convalidata dal DCA 36/2013 del 28.11.2013 del Commissario Ad Acta .

Pertanto, a partire dal 1° Dicembre del 2013 è entrata in vigore l'erogazione dell'ossigeno medicinale e il connesso servizio OTD in regime di distribuzione diretta.

Dal punto di vista della valorizzazione di tale manovra è necessario, in primo luogo, descrivere il passaggio contabile e gestionale che si è venuto a creare con il cambio di regime distributivo. Infatti, con l'attivazione della OTD l'ossigeno liquido, precedentemente rendicontato nella voce di spesa "Farmaceutica Convenzionata", sarà ricondotto nella voce "Distribuzione Diretta" che, nel modello CE, è inserita nella Spesa della Farmaceutica Ospedaliera.

Al netto di questo passaggio puramente contabile si può stimare, alla luce del prezzo di aggiudicazione della gara, un abbattimento della spesa sostenuta pari a circa il 75% (stima prudenziale). In virtù di tale sconto nella figura sottostante si riporta la stima di risparmio derivante dal passaggio dell'ossigeno liquido nella modalità distributiva diretta.

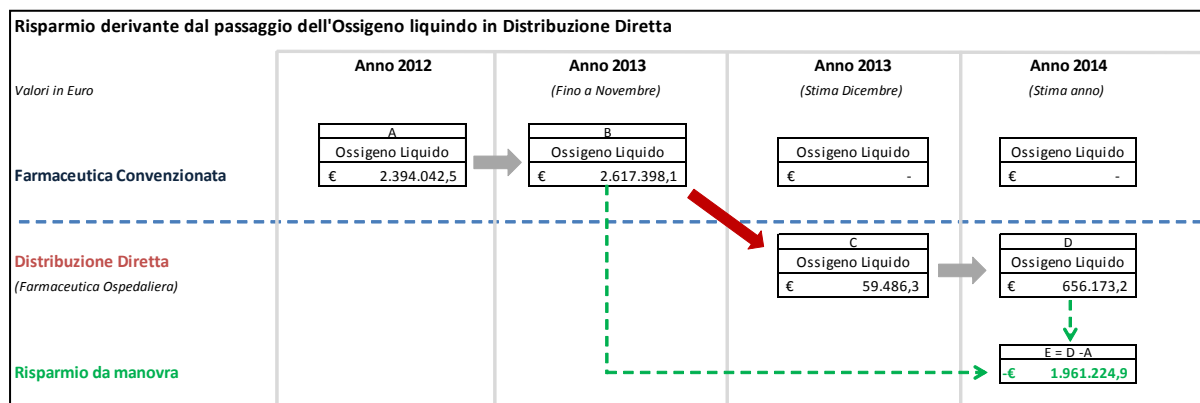


Figura 39 - Risparmi derivanti dal passaggio dell'ossigeno liquido in OTD

La stima di risparmio della manovra risulta pari a 0,1 € mln per l'anno 2013 e 1,3 €/mln per il 2014 al netto della spesa sostenuta in DD derivante dal passaggio al nuovo canale distributivo descritto in precedenza. Per i dettagli si rimanda alla sezione successiva.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Avvio servizio OTD in regime di distribuzione diretta	
Riduzione spesa sostenuta	
Indicatori di risultato	Tempistica
Emanazione del decreto del Commissario ad Acta di presa d'atto dell'avvio del servizio OTD in regime di distribuzione diretta	Effettuata
Monitoraggio semestrale consumo/spesa ossigeno liquido attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria	Da Gennaio 2014
ASReM: Spostamento della fornitura dell'ossigeno liquido dal regime della distribuzione territoriale convenzionata al regime della distribuzione diretta	Effettuata
ASReM: Produzione di reportistica recante i dati di risparmio complessivo	Da Gennaio 2014
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Direttore Servizio programmazione e assistenza farmaceutica della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
Direttore UOC Farmaceutica Territoriale ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
Risparmi da erogazione ossigeno in OTD – Anno 2013 (solo mese di Dicembre)	0,1 €/mln
Risparmi da erogazione ossigeno in OTD – Anno 2014	1,3 €/mln
TOTALE	1,4€/mln

Azione 17.1.3: Attribuzione di un budget annuale ai Medici di medicina generale. Attività di monitoraggio attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria

La presente azione è diretta a raggiungere livelli di spesa farmaceutica convenzionata in linea con le regioni d'Italia più virtuose; per il raggiungimento di detto obiettivo è necessario ridurre fenomeni di iperprescrizione e promuovere la corretta utilizzazione dei farmaci a brevetto scaduto/equivalenti appartenenti alle categorie terapeutiche ad alto valore economico definite da AIFA in ottemperanza all'art. 11 comma 7b del D.L. 78/2010, convertito dalla legge n. 122/2010.

Tale obiettivo viene collegato al 100% della quota capitaria regionale di cui all'art. 59, lett. b), commi 15, 16 e 17 ACN, che verrà erogata agli stessi MMG in base al livello di raggiungimento dell'obiettivo concordato.

La Regione ha messo in atto un processo di definizione, con la collaborazione dei referenti di ASReM e dei rappresentanti di categoria, di un *budget* economico utilizzando un sistema di indicatori che esclude categorie di farmaci il cui utilizzo è stabilito in maniera prevalente da medici specialisti/medici ospedalieri. Il sistema di *budget* (rif. DCA n. 31 del 13.07.2012) è efficace nel contrastare una tendenza, per lo più individuabile e non collettiva, a sottoutilizzare i farmaci a brevetto scaduto sui pazienti per i quali vi è una perfetta indicazione. L'obiettivo complessivo da perseguire è l'allineamento del profilo di spesa procapite pesata regionale a quello delle regioni più virtuose (panel di riferimento costituito da Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Marche).

Successivamente la Regione, con l'emanazione del DCA 36/2013 del 28.11.2013, ha provveduto ad aggiornare gli obiettivi di riallineamento della spesa netta regionale pro capite nei confronti del Panel di riferimento per il periodo 2013-2016 in base alle evidenze emerse dai dati 2013 (dati Agenas a Settembre 2013). Il DCA 36/2013 presenta un orizzonte di operatività che va dal 2013 al 2016 all'interno del quale è stato stimato un recupero percentuale del differenziale. Essendo i programmi operativi riferiti al triennio 2013 2015 il recupero percentuale dello scostamento tra la spesa farmaceutica pro capite media molisana e quella del Panel di riferimento sarà pertanto pari al 70 %.

La valorizzazione economica di questa azione è pari a complessivi 2,5 €/mln per il triennio considerato. Per i dettagli si rimanda alla sezione successiva.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Allineamento dei medici prescrittori alla <i>best practice</i> prescrittiva di farmaci equivalenti.	
Riduzione dei consumi e della spesa farmaceutica	
Indicatori di risultato	Tempistica
Monitoraggio e verifica trimestrale (attraverso Sistema TS) degli indicatori di prescrizione farmaci equivalenti da parte della Regione e confronto rispetto alla <i>best practice</i> individuata	In corso
monitoraggio e verifica trimestrale dei consumi farmaceutici da parte della Regione e confronto rispetto ai <i>budget</i> definiti	In corso
monitoraggio e verifica trimestrale allineamento dei medici iperprescrittori alla media regionale eliminando le prescrizioni inappropriate	In corso
ASReM: Assegnazione obiettivo collettivo di riduzione del differenziale spesa pro capite media molisana rispetto alla spesa pro capite media del panel di riferimento: anno 2013 = 10%	Da Dicembre 2013
ASReM: Assegnazione obiettivo collettivo di riduzione del differenziale spesa pro capite media molisana rispetto alla spesa pro capite media del panel di riferimento: anno 2014 = 40%	Da Dicembre 2014
ASReM: Assegnazione obiettivo collettivo di riduzione del differenziale spesa pro capite media molisana rispetto alla spesa pro capite media del panel di riferimento : anno 2015 = 70%	Da Dicembre 2015
ASReM: Invio report trimestrale ai MMG entro 60 giorni dal trimestre di riferimento	In corso
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Direttore Servizio programmazione e assistenza farmaceutica della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
Direttore UOC Farmaceutica Territoriale ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
Riduzione spesa farmaceutica convenzionata da recupero 10% scostamento spesa netta pro capite – Anno 2013	0,2 €/mln
Riduzione spesa farmaceutica convenzionata da recupero 40% scostamento spesa netta pro capite – Anno 2014	1,6 €/mln

INDICATORI	
Risultati programmati	
Riduzione spesa farmaceutica convenzionata da recupero 70% scostamento spesa netta pro capite – Anno 2015	0,6 €/mln
TOTALE	2,5 €/mln

Azione 17.1.4: Potenziamento della distribuzione in DPC dei farmaci del PHT mediante riduzione della percentuale massima di distribuzione sul canale convenzionale degli stessi

Il circuito di distribuzione dei farmaci del prontuario ospedale-territorio (PHT) ha un meccanismo consolidato ed utilizzato in molteplici contesti italiani. Nella regione Molise esso ha ricevuto degli affinamenti e già da diversi esercizi un obiettivo specifico è stato assegnato al Direttore Generale ASReM.

L'obiettivo consiste in un tetto massimo del valore dei farmaci del PHT che per un qualunque motivo, dovessero passare attraverso il canale convenzionale, generando in tal modo (nella quasi totalità dei casi) un maggior onere a carico del SSR. I motivi per i quali un farmaco viene dispensato sul canale sono molteplici e vanno dalla:

- difficoltà di approvvigionamento (lunghi tempi di consegna, consegne sospese da parte del produttore, ecc)
- ritiro del prodotto dal commercio per cambio del foglietto illustrativo o per altre motivazioni di sicurezza.

Vi sono poi delle motivazioni di carattere logistico quali, ad esempio:

- la difficoltà nel pianificare i livelli di scorta a causa di un consumo discontinuo o con picchi improvvisi che trovano temporaneamente sprovvisto delle quantità richieste il magazzino unico virtuale implementato sulla piattaforma di gestione del circuito DPC.
- Vi sono infine aspetti organizzativi che riguardano, ad esempio, tempi certi e ristretti per la registrazione in piattaforma dell'arrivo di farmaci o di trasferimento di scorte tra attori della raggiera di distribuzione.

Uno step evolutivo nella formazione di questi passaggi potrà ridurre in maniera consistente il numero dei "mancanti" nel circuito nell'arco dell'esercizio con un beneficio economico consistente.

A tal fine si prevede l'aggiornamento delle regole operative per la distribuzione intermedia in merito ai tempi di caricamento dei dati per ricevimento merci e trasferimento e sulle modalità di gestione dei livelli di scorta/riapprovvigionamento entro Febbraio 2014.

La Regione, inoltre, si impegna a procedere al rinnovo dell'accordo DPC regionale in scadenza includendo al tempo stesso delle nuove norme regolamentari per la distribuzione intermedia. S'intende, infine, fissare dei deterrenti economici per il mancato rispetto del regolamento sia da parte dei distributori intermedi che da parte delle farmacie. Tale processo dovrà essere espletato entro e non oltre Febbraio 2014 attraverso l'emanazione di un apposito decreto commissariale.

In conclusione, inoltre, la Regione intende implementare/potenziare monitoraggi al fine di poter avere evidenza immediata e costante dei risultati ottenuti nel corso del triennio in merito all'efficacia delle azioni.

La valorizzazione economica di questa azione è pari a complessivi 1,1 €/mln per il triennio considerato. Per i dettagli si rimanda alla sezione successiva.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Riduzione degli eventi di rilascio di certificazione di farmaco mancante	
Riduzione del delta costo tra farmaco distribuito nel circuito convenzionale	
Indicatori di risultato	Tempistica

INDICATORI	
Risultati programmati	
Aggiornamento delle regole operative per la distribuzione intermedia in merito ai tempi di caricamento dei dati per ricevimento merci e trasferimento e sulle modalità di gestione dei livelli di scorta/riapprovvigionamento	Da Febbraio 2014
Rinnovo dell'accordo DPC regionale in scadenza ed inclusione delle nuove norme regolamentari per la distribuzione intermedia.. Fissazione di deterrenti economici per il mancato rispetto del regolamento sia da parte dei distributori intermedi che da parte delle farmacie	Da Febbraio 2014
Monitoraggio del numero di specialità mancanti a magazzino/giorno e relativa produzione di reportistica da parte dell'azienda	In corso
Monitoraggio del numero di pezzi mancanti e del valore a magazzino/giorno e relativa produzione di reportistica da parte dell'azienda	In corso
Monitoraggio mensile del valore dei mancanti a magazzino e del delta costo generato	Da Febbraio 2014
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Direttore Servizio programmazione e assistenza farmaceutica della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
Direttore UOC Farmaceutica Territoriale ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
Riduzione spesa farmaceutica convenzionata anno 2013	0,05 €/mln
Riduzione spesa farmaceutica convenzionata anno 2014	0,5 €/mln
Riduzione spesa farmaceutica convenzionata anno 2015	0,5 €/mln
TOTALE	1,1 €/mln

Azione 17.1.5: Azioni mirate di informazione/formazione su prescrittori di classi farmaceutiche iperprescritte in termini di numero di dosi

Generalmente ci si riferisce alla popolazione dei medici come ad un unicum. Ciò, tuttavia, risulta inadatto quando si affrontano temi specifici rispetto ai quali è invece molto più frequente reperire atteggiamenti molto divergenti tra medico e medico, spesso in relazione al tema specifico. L'utilizzo di indicatori appropriati e dotati delle caratteristiche di sensibilità e specificità consentono di isolare casi da affrontare secondo un approccio di gruppo o, non di rado, mediante incontri *one-to-one* tesi a far emergere le motivazioni e superare atteggiamenti individuali basati su convinzioni personali piuttosto che su evidenze scientifiche. La "via di somministrazione" della "terapia dell'appropriatezza" in questi casi diventa determinante per ottenere risultati tangibili, consistenti e duraturi. In alcuni casi, quando un fenomeno interessa un insieme piuttosto esteso di prescrittori, la scelta d'elezione è quella di organizzare eventi formativi tematici. Se le criticità riscontrate riguardano un numero limitato di soggetti prescrittori con un livello di difformità elevato, verranno preferiti incontri individuali con evidenziazione delle implicazioni cliniche e degli esiti economici di tali atteggiamenti.

Oltre al tema della corretta scelta dei principi attivi mediante una selezione ragionata e basata sul rapporto costo/efficacia delle soluzioni terapeutiche e del profilo di rischio effettivo del paziente adottate dal singolo prescrittore, in alcuni casi si presenta un problema di iperprescrizione in termini quantitativi. Non è raro che ad una segnalazione in tal senso il prescrittore opponga argomenti generici uno dei quali, probabilmente il più usato, è quello dell'induzione da parte della galassia degli specialisti/ospedalieri. Rispetto a questo fenomeno va tuttavia registrato il fatto che la "permeabilità" alle prescrizioni indotte risulta avere una variabilità così elevata da mettere in dubbio che sia soltanto quella dell'induzione la motivazione delle differenze registrate tra diversi prescrittori rispetto ad una specifica classe farmaceutica.

L'azione si propone quindi di individuare le classi farmaceutiche ed i soggetti iperprescrittori per effettuare azioni mirate su di essi ed istituendo un apposito *follow up* post-incontro in maniera da garantire un effettivo rientro delle criticità evidenziate.

Dai dati del rapporto Osmed 2011 risulta, infatti, che rispetto alle classi farmaceutiche A e J il differenziale in termini di DDD/1000 abitanti die tra Molise e regioni del Panel di riferimento, ovvero le regioni considerate nella metodologia già esposta nell'azione 17.1.3, risulta superiore del 10% per i farmaci ATC=A e del 35% per la classe ATC=J. In termini economici questo rappresenta un delta costo rispetto al panel del 5% sul totale della spesa per farmaci Classe A-SSN.

La Regione, quindi, s'impegna ad allinearsi ai valori di riferimento del *benchmark* considerato entro il triennio di operatività del presente documento. Tale risultato sarà raggiunto attraverso un'intensificazione delle sessioni di informazione/formazione degli attori coinvolti e attivazione/potenziamento delle attività di monitoraggio correlate.

L'impatto stimato dell'azione è pari a 2,6 €/mln per il triennio considerato. I dettagli della valorizzazione saranno esposti nel capitolo successivo.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Individuazione delle classi farmaceutiche da monitorare utilizzando fonti quali il monitoraggio Tessera Sanitaria ed il rapporto Osmed	
Effettuare incontri mirati al recupero delle criticità segnalate secondo quanto stabilito dall'ACN che regola i rapporti con MMG e quello che regola i rapporti con i PLS	
Indicatori di risultato	Tempistica
Relazione sulle tematiche individuate per ciascuna annualità sulla base di un resoconto aziendale	Da Febbraio 2014
Rilevazione trimestrale del numero di incontri tematici collettivi effettuati sulla base di un resoconto aziendale	Da Gennaio 2014
Relazione su pre e post intervento su tematiche e soggetti individuati sulla base di un resoconto aziendale	Da Aprile 2014
Relazione annuale sull'impatto economico delle azioni svolte sulla base di reportistica aziendale	Da Settembre 2014
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Direttore Servizio programmazione e assistenza farmaceutica della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
Direttore UOC Farmaceutica Territoriale ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
Risparmi derivanti da maggiore controllo su classi farmaceutiche iperprescritte anno 2013	0,3 €/mln
Risparmi derivanti da maggiore controllo su classi farmaceutiche iperprescritte anno 2014	1 €/mln
Risparmi derivanti da maggiore controllo su classi farmaceutiche iperprescritte anno 2015	1,3 €/mln
TOTALE	2,6 €/mln

Azione 17.1.6: Potenziamento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico alla dimissione ed in esito a visita specialistica in strutture pubbliche

La distribuzione del primo ciclo terapeutico in esito a ricoveri e visite specialistiche è un'opportunità di ritorno economico interessante se adeguatamente guidata mediante tecnologie ed organizzazione.

Un apposito studio effettuato su 1.000 casi randomizzati mediante *linkage* tra banca dati SDO e farmaceutica territoriale ha consentito di evidenziare tutti i farmaci per i quali i pazienti dimessi ricevono una prescrizione entro 4 giorni dalla dimissione. Ordinati per impatto economico decrescente si evidenzia che i primi 16 principi attivi costituiscono il 50% della spesa complessiva. Analizzando i costi effettivi d'acquisto a prezzi ASReM, si evidenzia che per tali farmaci il risparmio ottenibile è del 78,2% (molti di questi farmaci sono ceduti a prezzo simbolico agli ospedali).

Considerato che il sistema di prescrizione esistente in tutti i reparti di tutti i PO del Molise è stato già opportunamente aggiornato per essere in grado di emettere i documenti necessari alla dimissione e fornire al tempo stesso l'indicazione al paziente dell'effettiva disponibilità del farmaco presso la farmacia del presidio. Oltre ai vantaggi economico-gestionali tale processo consente anche una piena tracciabilità dell'intenzione al trattamento espressa alla dimissione dai reparti ospedalieri interessati.

La Regione, di conseguenza, intende aumentare l'incidenza della distribuzione diretta di farmaci connessi al primo ciclo terapeutico successivo alla dimissione ospedaliera al fine di ottenere un miglioramento della spesa sostenuta. Al tempo stesso, inoltre, saranno implementati/potenziati procedimenti di monitoraggio (con cadenza trimestrale) dei farmaci prelevati dal territorio e prescritti entro 4 giorni dalla dimissione e dall'effettuazione di prestazione specialistica, dispensati effettivamente dagli ospedali e farmaci effettivamente prescritti al momento della dimissione.

Con questo obiettivo la Regione Molise intende avviare il processo di erogazione del primo ciclo terapeutico ai pazienti dimessi dalle strutture ospedaliere a partire dal 2014. Per tale ragione verrà **emanato un apposito decreto commissariale entro e non oltre Febbraio 2014** in cui saranno esplicitati tutti i processi necessari all'avvio di tale azione.

Gli obiettivi di copertura di pazienti dimessi coinvolti da questa nuova modalità distributiva sono fissati per:

- 50% dei dimessi dalle strutture ospedaliere per il 2014;
- 100% dei dimessi dalle strutture ospedaliere per il 2015.

L'impatto di tale manovra è stato stimato pari a circa 0,2 €/mln. I dettagli della valorizzazione saranno esposti nel capitolo successivo.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Riduzione del 50% dei farmaci prescritti alla dimissione prelevati dal territorio	
Evidenza dei soggetti prescrittori responsabili dell'arruolamento di pazienti su nuovi farmaci in esito a ricovero o visita specialistica (monitoraggio del fenomeno dell'induzione)	
Indicatori di risultato	Tempistica
Monitoraggio trimestrale dei farmaci prelevati dal territorio e prescritti entro 4 giorni dalla dimissione o dall'effettuazione di prestazione specialistica sulla base della reportistica aziendale	Da Febbraio 2014
Monitoraggio trimestrale dei farmaci effettivamente prescritti alla dimissione sulla base della reportistica aziendale	Da Febbraio 2014
Monitoraggio trimestrale dei farmaci effettivamente dispensati dalle farmacie dei PO sulla base della reportistica aziendale	Da Febbraio 2014
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Direttore Servizio programmazione e assistenza farmaceutica della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
Direttore UOC Farmaceutica Territoriale ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
Risparmi derivanti da potenziamento distribuzione primo ciclo terapeutico in DPC anno 2013	0
Risparmi derivanti da potenziamento distribuzione primo ciclo terapeutico in DPC anno 2014	0,1 €/mln
Risparmi derivanti da potenziamento distribuzione primo ciclo terapeutico in DPC anno 2015	0,1 €/mln
TOTALE	0,2 €/mln

Intervento 17.2: Razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera

Per governare/contenere la dinamica sempre crescente della spesa farmaceutica ospedaliera registrata negli ultimi anni la Regione, ancorché il relativo tetto di spesa sia stato rideterminato nella misura del 3,5% a valere dall'anno 2013 ai sensi dell'art. 15, comma 4, del D.L. 95/2012 convertito in legge 135/2012 (c.d. *Spending Review*), individua, sempre nel rispetto dei LEA, ulteriori interventi strategici per il governo dei principali determinanti di tale voce di spesa.

Le azioni sul versante dell'assistenza farmaceutica ospedaliera vengono di seguito identificate;

- Rafforzamento utilizzo farmaci a brevetto scaduto e farmaci biosimilari;
- razionalizzazione del processo di approvvigionamento/catena logistica del farmaco;
- implementazione registri AIFA;
- revisione periodica del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR) e modifica del processo decisionale/gestionale del PTOR;
- unificazione preparazione antiblastici;
- messa a valore delle prossime scadenze brevettuali di alcune molecole inerenti la spesa farmaceutica ospedaliera.

Azione 17.2.1: Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale. Rafforzamento utilizzo farmaci a brevetto scaduto e farmaci biosimilari.

Con DCA n. 81 del 23/11/2010 sono state approvate le "Linee guida per l'uso dei farmaci biosimilari", recanti gli indirizzi operativi regionali.

Al fine di potenziare gli interventi già posti in essere, con l'obiettivo di incrementare la prescrizione dei farmaci biosimilari, garantendo, nel contempo, il corretto utilizzo dei farmaci biotecnologici, la Regione prevede l'attivazione di specifiche attività di monitoraggio, formazione e informazione rivolte al personale medico interessato (es. oncologi, nefrologi).

Si prevede, pertanto, l'adozione di ulteriori provvedimenti per il conseguimento degli obiettivi di cui alla presente azione.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Piano di formazione degli operatori sanitari	
Aumento consumi farmaci biosimilari	
Riduzione spesa farmaceutica ospedaliera	
Indicatori di risultato	Tempistica
Emanazione provvedimento di adozione di specifica reportistica	Da Gennaio 2014
Monitoraggio consumo/spesa dei farmaci biosimilari semestrale sulla base di reportistica aziendale	Da Luglio 2014
ASReM: adozione dei piani di formazione degli operatori sanitari interessati	Da Febbraio 2014
ASReM: Documentazione probatoria attestante l'incremento della prescrizione dei farmaci biosimilari	Da Luglio 2014
ASReM: Monitoraggio consumo/spesa dei farmaci biosimilari bimestrale	Da Marzo 2014
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Direttore Servizio programmazione e assistenza farmaceutica della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	

INDICATORI
Risultati programmati
Direttore UOC Farmaceutica Territoriale ASReM
VALORIZZAZIONE ECONOMICA
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici

Azione 17.2.2: Razionalizzazione del processo di approvvigionamento/catena logistica del farmaco

Si richiama integralmente l'azione introdotta con DCA n. 5/2010, che ha come obiettivo la gestione unica centralizzata, con procedura informatizzata, dei depositi delle farmacie ospedaliere e la messa in rete dei depositi ai fini dell'unificazione delle procedure di:

- approvvigionamento;
- gestione;
- distribuzione.

La presente azione, diretta al perseguimento dell'obiettivo dell'appropriatezza organizzativa, economicità delle risorse ed efficacia dell'attività, consente di:

- ridurre gli immobilizzi dovuti a scorte, sia di magazzino che di reparto, e a rischio di scadenza;
- razionalizzare i consumi.

Allo stato attuale, infatti, la gestione della catena logistica e del magazzino delle farmacie ospedaliere appare ancora frammentata e inefficiente. Considerate le dimensioni dei magazzini dei 6 presidi aziendali, il volume delle merci trattate e le caratteristiche geografiche del territorio su cui esse insistono è prioritario procedere alla creazione di un unico magazzino centrale che assolva interamente la fase di ricezione/ordine/stoccaggio fisico e contabile delle merci (in particolare farmaci) per l'intera azienda.

L'azione s'ispira al concetto di Intensità di cure già ripreso in altre azioni di riordino dei presenti Programmi Operativi.

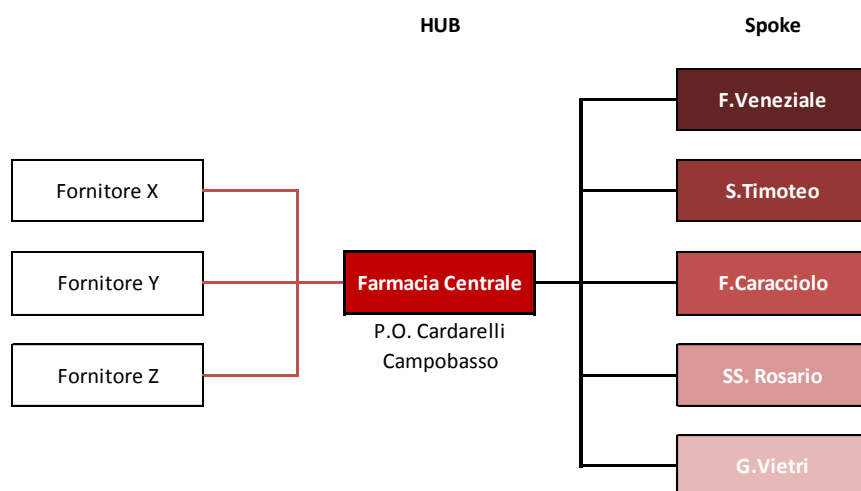


Figura 40 - Nuovo schema catena logistica farmacie ospedaliere

Il nuovo piano logistico prevede l'accentramento presso il nuovo magazzino ospedaliero centrale del Cardarelli di Campobasso (successivamente all'integrazione con la Fondazione Giovanni Paolo II) delle seguenti funzioni:

- Ricezione merci;
- stoccaggio merci;
- espletamento procedimenti contabili e di magazzino;
- processi di ordinazione nuove merci;
- monitoraggio e controllo giacenze di magazzino.

A fronte dell'accentramento della quasi totalità delle funzioni amministrative e logistiche presso la nuova farmacia unica le restanti unità di presidio (compresa la stessa farmacia ospedaliera del P.O di Campobasso) manterranno esclusivamente le funzioni di distribuzione diretta farmaci ospedalieri e rifornimento scorte armadietti di reparto.

In termini di magazzino si prevede un maggiore utilizzo delle rimanenze sanitarie ed, in particolare, dei prodotti farmaceutici fino al raggiungimento di un livello fisiologico delle scorte. Il maggiore utilizzo del magazzino comporterà una riduzione degli acquisti di prodotti farmaceutici per il corrispettivo importo. Come accennato nei paragrafi precedenti l'attivazione del magazzino unico regionale è subordinato all'avvio del processo di integrazione tra il presidio ospedaliero Cardarelli e la Fondazione Giovanni Paolo II. I dettagli delle tempistiche e delle procedure logistiche che ne conseguono saranno inserite sia nello Studio di Fattibilità sul processo di integrazione sia nel Piano di riassetto della Rete Ospedaliera.

In via prudenziale non si è proceduto alla valorizzazione di tale manovra.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Riduzione valore e giacenze fisiche scorte farmaci	
Efficientamento catena logistica delle farmacie ospedaliere ASReM	
Potenziamento controllo e monitoraggio acquisto/stoccaggio/consumo farmaci ospedalieri	
Indicatori di risultato	Tempistica
Emanazione linee guida su logistica e governance magazzino	Da Marzo 2014
Monitoraggio effettiva attivazione magazzino unico e avvenuta implementazione nuova catena logistica	Da Luglio 2014
Monitoraggio riduzione degli immobilizzi dovuti a scorte	Da Luglio 2014
Monitoraggio riduzione delle alienazioni di farmaci per scadenza	Da Luglio 2014
ASReM: Definizione del parametro "quantità o giacenza di deposito" costituente la soglia critica sotto la quale si rende necessario ordinare le voci di interesse	Entro 30 gg da linee guida
ASReM: Individuazione punto di riordino (creazione magazzino unico)	Entro 30 gg da linee guida
ASReM: Definizione di "contratti estimatori" per i farmaci ad alto costo, al fine di ridurre gli oneri finanziari connessi con la giacenza delle scorte di farmaci	Da attivare con gare future
ASReM: Redazione monitoraggio trimestrale sulle risultanze della nuova catena logistica (risparmi ottenuti)	Da Luglio 2014
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Direttore Servizio programmazione e assistenza farmaceutica della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
Direttore UOC Farmaceutica Ospedaliera ASReM – P.O. Cardarelli	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	

INDICATORI
Risultati programmati
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici

Azione 17.2.3: Registri AIFA e attività di monitoraggio attraverso nuovo portale AIFA

Con DCA n. 72 del 09.08.2011 sono state emanate le linee di indirizzo organizzative della gestione, da parte delle strutture sanitarie pubbliche regionali, dei farmaci soggetti a monitoraggio AIFA e/o autorizzati con procedure di rimborsabilità condizionata.

Il provvedimento, di natura sostanzialmente organizzativa, è stato validato dai Ministeri, previa espressione di parere positivo da parte dell'AIFA (parere Ministeri Economia/Finanze 26.01.2012-0000011-P) evidenziando al tempo stesso la necessità di adesione delle strutture sanitarie pubbliche alla compilazione dei registri AIFA e la valorizzazione dei rimborsi ottenuti dalle Aziende farmaceutiche.

La Regione prevede la messa a regime dei registri dei farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA, nonché il consolidamento delle procedure dirette ad ottenere l'eventuale rimborso da parte delle aziende farmaceutiche interessate, anche in conformità con quanto disposto dall'art. 15, comma 10, del D.L. 95/2012 convertito in legge 135/2012 (c.d. *Spending Review*).

INDICATORI	
Risultati programmati	
Avvio e conclusione piano di formazione degli operatori sanitari accreditati (medici e farmacisti)	
Accreditamento dei centri prescrittori dei farmaci sottoposti a Registro AIFA e dei medici specialisti	
Corretta gestione dei registri AIFA da parte dei centri prescrittori e dei medici specialisti accreditati	
Corretta gestione contabile dei registri AIFA da parte dei centri prescrittori e dei medici specialisti accreditati	
Indicatori di risultato	Tempistica
Emanazione DCA di accreditamento dei centri prescrittori dei farmaci sottoposti a Registro AIFA e dei medici specialisti e previsione obiettivi per la corretta gestione Registri AIFA	Febbraio 2014
Attribuzione di obiettivi di miglioramento dell'adesione	Aprile 2014
Monitoraggio semestrale dei rimborsi ottenuti dalle aziende farmaceutiche	Da Giugno 2014
ASReM: Adozione dei piani di formazione per la corretta gestione dei Registri AIFA	Entro 30 gg da emanazione DCA
ASReM: Adesione a regime alla compilazione dei registri AIFA da parte dei centri prescrittori e dei medici specialisti accreditati	Aprile 2014
ASReM: Applicazione delle corrette procedure di gestione contabile dei rimborsi	In corso
ASReM: Recupero delle somme previste in base agli accordi negoziali intervenuti tra AIFA e Azienda Farmaceutica interessata	In corso
ASReM: Documentazione probatoria attestante i rimborsi ottenuti dalle aziende farmaceutiche con cadenza trimestrale	In corso
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Direttore Servizio programmazione e assistenza farmaceutica della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
Direttore UOC Farmaceutica Territoriale ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Azione 17.2.4: Revisione periodica del PTOR e del processo decisionale di aggiornamento

In conformità a quanto disposto dall'art. 10, comma 5, del D.L. 158/2012 (c.d. decreto Balduzzi), con la presente azione la Regione intende promuovere l'aggiornamento periodico, almeno semestrale, del PTOR al fine di razionalizzare l'impiego dei farmaci da parte delle strutture pubbliche, di consolidare prassi assistenziali e di guidare i clinici in percorsi diagnostico-terapeutici specifici.

La Regione prevede, inoltre, la revisione del processo decisionale di aggiornamento del PTOR in modo da renderlo maggiormente allineato alle specificità dei presidi ospedalieri.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Efficientamento processo decisionale e di monitoraggio del PTOR	
Riduzione spesa farmaceutica	
Aumento livello appropriatezza	
Indicatori di risultato	Tempistica
Emanazione DCA di revisione del processo decisionale di aggiornamento del PTOR	Maggio 2014
Aggiornamento di norma semestrale del PTOR	In corso
Monitoraggio effetti economici prodotti dall'aggiornamento del PTOR con cadenza semestrale	Da Aprile 2014
ASReM: Adesione al processo decisionale di aggiornamento del PTOR	Entro 15 gg da emanazione DCA
ASReM: Documentazione probatoria	Da Marzo 2014
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Direttore Servizio programmazione e assistenza farmaceutica della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
Direttore UOC Farmaceutica Ospedaliera ASReM – P.O. Cardarelli	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Azione 17.2.5: Messa a valore delle prossime scadenze brevettuali di alcune molecole inerenti la spesa farmaceutica ospedaliera

Le scadenze brevettuali sono di norma accompagnate da interessanti opportunità di riduzione dei costi. Tuttavia, soprattutto per classi farmaceutiche "innovative", in occasione della perdita di brevetto si assiste ad una progressiva migrazione (prevalentemente sui nuovi casi) su farmaci *on patent*. Questa migrazione, da valutarsi caso per caso, rischia di essere indiscriminata col risultato di confinare progressivamente i farmaci *off patent* ad utilizzi sporadici.

A tutto ciò si pone rimedio presidiando adeguatamente l'argomento sia sotto il profilo del monitoraggio, sia ricorrendo ad *audit* frequenti con le aree cliniche interessate.

Soltanto queste azioni possono riuscire a difendere i farmaci *off patent* da un prematuro generalizzato abbandono, non sempre accompagnato da effettivi vantaggi sul piano della valutazione costo/efficacia, oltre che sul rischio che nuovi prodotti recano intrinsecamente con sé.

Nell'arco del 2014 e del 2015 vi saranno scadenze brevettuali di specialità quali:

- Herceptin (Maggio 2015);
- Avastin (Agosto 2015);

■ Erbitux (Giugno 2015).

Per ciascuno di questi farmaci è stato computato il potenziale risparmio considerando un abbattimento prudenziale del prezzo del farmaco equivalente pari al 50% limitatamente ai mesi ed agli esercizi successivi alla scadenza brevettuale. Dettaglio della metodologia di valorizzazione è riportata nella sezione successiva.

Al fine di poter cogliere, almeno in parte, i benefici in termini di risparmio derivanti dalla scadenza del brevetto dei farmaci indicati in precedenza, la Regione intende promuovere azioni di monitoraggio/informazione sull'uso di detti farmaci. Saranno, quindi, poste in essere procedure di monitoraggio mirate al controllo del volume di utilizzo delle categorie di farmaco con brevetto in scadenza. Al tempo stesso, inoltre, saranno poste in essere azioni di formazione/informazione per il personale coinvolto.

In via prudenziale non si è proceduto alla valorizzazione di tale manovra.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Monitoraggio dei farmaci con brevetto in scadenza e delle alternative terapeutiche emergenti	
Audit con le aree cliniche interessate all'utilizzo dei farmaci con brevetto di prossima scadenza	
Monitoraggio dei fenomeni di <i>switch</i> e di <i>shift</i> di terapia	
Aumento consumo farmaci a brevetto scaduto	
Riduzione spesa sostenuta per acquisto di farmaci in ambito ospedaliero	
Indicatori di risultato	Tempistica
Monitoraggio dei farmaci con brevetto in scadenza e delle alternative terapeutiche emergenti sulla base dei report aziendali	Da Marzo 2014
Monitoraggio dei fenomeni di <i>switch</i> e di <i>shift</i> di terapia sulla base dei report aziendali	Da Marzo 2014
Monitoraggio effetti delle riduzioni di spesa per acquisto farmaci a brevetto scaduto sulla base dei report aziendali	Da Gennaio 2015
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Direttore Servizio programmazione e assistenza farmaceutica della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
Direttore UOC Farmaceutica Ospedaliera ASReM – P.O. Cardarelli	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Valorizzazione Programma 17: Assistenza farmaceutica

Riepilogo impatti manovra nel triennio						
Valori in €/000						
Azione	Ambito intervento	Voci CE	2013	2014	2015	Totale
17.1.3	Farmaceutica Territoriale	Farmaceutica Convenzionata (MMG)	-277	-1.613	-666	-2.556
17.1.4	Farmaceutica Territoriale	Riduzione farmaci mancanti in DPC	-45	-535	-535	-1.115
17.1.5	Farmaceutica Territoriale	Appropriatezza - Abbattimento altoconsumo classi A e J	-258	-1.032	-1.289	-2.579
Manovre annuali			-580	-3.180	-2.491	-6.251

Riepilogo impatti manovra OSSIGENO e PCT nel triennio						
Valori in €/000						
Azione	Ambito intervento	Voci CE	2013	2014	2015	Totale
17.1.2	Farmaceutica Territoriale	Acquisizione diretta ossigeno medicinale	-190	-1.925	0	-2.115
17.1.2	Farmaceutica Ospedaliera	Acquisizione diretta ossigeno medicinale	59	597	0	656
17.1.6	Farmaceutica Territoriale	Erogazione primo ciclo terapeutico dalle strutture pubbliche	0	-111	-222	-332
17.1.6	Farmaceutica Ospedaliera	Erogazione primo ciclo terapeutico dalle strutture pubbliche	0	39	77	116
Totale manovra OSSIGENO			-131	-1.328	0	-1.459
TOTALE MANOVRE ANNUALI			-711	-4.508	-2.491	-7.710

Tabella 100 - Riepilogo impatto manovre nel triennio

Intervento 17.1: Razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata/territoriale

Azione 17.1.2: Acquisizione diretta ossigeno medicinale. Attività di monitoraggio attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria.

Relativamente alla metodologia di valorizzazione dell'azione è stato osservato quanto segue:

- Con il passaggio dell'ossigeno liquido in regime di distribuzione diretta a partire dal primo dicembre 2013 si configurano alcuni cambiamenti contabili e gestionali in relazione alla spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata e ospedaliera della Regione Molise. Gli effetti derivanti da tale cambiamento sono principalmente riconducibili a:
- spostamento della spesa sostenuta per l'acquisto di ossigeno liquido dalla farmaceutica convenzionata a quella territoriale, sub voce distribuzione diretta;
- riduzione della spesa sostenuta a seguito del nuovo prezzo di acquisto dell'ossigeno liquido.

Considerato, quindi, che tale cambiamento di regime distributivo avverrà a partire dal mese di Dicembre 2013, si è reso necessario stimare l'impatto economico di tale fenomeno al fine di poter avere contezza del valore finale della spesa per la farmaceutica convenzionata per l'anno 2013 in relazione ai tetti di spesa e coperture per gli eventuali scostamenti previsti dalle normative vigenti.

I dati di spesa lorda sostenuta per l'acquisto di ossigeno liquido nel periodo 2012 – Luglio 2013 sono stati forniti dalla banca dati FarmaSTAT - Marno.

Principali indicatori sull'ossigeno liquido		
	2012	2013 (Luglio)
N° Ricette	18.893	12.074
N° Pezzi	ND	12.186
Assistiti trattati	ND	1.050
Spesa Lorda (€/000)	2.492	1.732
Ticket (2€)	- 38	- 24
Sconto (2,42%)	- 60	- 42
Spesa Netta (€/000)	2.394	1.666

Tabella 101 - Principali indicatori sull'ossigeno liquido

La spesa netta, pari a 2,39 €/mln per il 2012 e a 1,66 €/mln per il 2013, è stata determinata come differenza tra spesa lorda meno ticket e sconto applicato. Di seguito, si è proceduto alla stima di chiusura dell'anno 2013 della spesa netta e al calcolo del valore medio del periodo di riferimento (2012 – 2013). Poiché i valori del 2013 risultano a tutt'oggi incompleti e soggetti a variazioni di prezzo di acquisto dell'ossigeno liquido intervenute in corso d'anno, per mitigare l'impatto di tali fenomeni è stato utilizzato il dato medio 2012-2013. Il valore medio è stato, infine, abbattuto prudenzialmente del 20%.

Stima a chiudere 2013 e calcolo valore medio spesa netta			
	Anno 2012	2013 (Luglio)	Stima a chiudere 2013
N° Ricette	18.893	12.074	20.698
N° Pezzi	ND	12.186,0	20.890,3
Assistiti trattati	ND	1.050,0	1.800,0
Spesa Lorda (€/000)	2.492	1.732	2.969
Ticket (2€)	- 38	- 24	- 41
Sconto (2,42%)	- 60	- 42	- 72
Spesa Netta (€/000)	2.394	1.666	2.855
Valore medio spesa netta biennio			2.625
<i>Abbattimento prudenziale (20%)</i>			- 525
Valore medio spesa netta (€/000)			2.100

Tabella 102 - Stima a chiudere 2013 e calcolo medio spesa netta

Il potenziale impatto economico del passaggio dell'ossigeno liquido alla distribuzione diretta è pari a 2,1 €/mln, comprensivo dell'abbattimento prudenziale del 20%. Tale importo sarà sottratto ai costi della spesa farmaceutica convenzionata.

Stima impatto passaggio OTD ossigeno 2013	
	Stima dicembre 2013
N° Ricette	1.725
Spesa Lorda (€/000)	247
Ticket (2€)	- 3
Sconto (2,42%)	- 6
Spesa Netta (€/000)	238
Stima impatto Dicembre 2013	238
Abbattimento prudenziale (20%)	- 48
Impatto Dicembre 2013 (€/000)	190

Tabella 103 - Stima impatto passaggio OTD ossigeno 2013

Impatto manovra			
Valori in €/000			
	2013	2014	2015
Passaggio OTD in DD (impatto su convenzionata)	- 238	- 2.406	-
Abbattimento prudenziale (20%)	48	481	-
Passaggio OTD in DD (impatto su convenzionata)	- 190	- 1.925	-
Passaggio OTD in DD (impatto su ospedaliera)	59	597	-
Manovra	- 131	- 1.328	-
Totale manovra	-1.459		

Tabella 104 - Impatto manovra

La valorizzazione economica del risparmio derivante dal passaggio del servizio OTD in regime di distribuzione diretta, al netto dell'abbattimento prudenziale del 20 %, è pari a 0,1 €/mln per il 2013, 1,9 €/mln per il 2014. Tuttavia, suddetto passaggio di distribuzione comporta, per il triennio di riferimento, un aumento della spesa farmaceutica ospedaliera. **Si configura, quindi, un risparmio netto pari a 0,1 €/mln per il 2013, 1,3 €/mln per il 2014.**

Azione 17.1.3: Attribuzione di un budget annuale ai Medici di medicina generale. Attività di monitoraggio attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria

Per la valorizzazione di tale azione si è proceduto, sulla base della proiezione annuale della spesa netta per la farmaceutica convenzionata, al ricalcolo del valore dello scostamento tra Panel di riferimento e Regione Molise utilizzando la popolazione ponderata relativa all'anno 2012, come riportato nel report Agenas aggiornato a settembre 2013.

Sulla scorta della "Proiezione delta" per anno è stata ricalcolata la percentuale di allineamento ai valori di spesa netta pro capite del Panel di riferimento nell'orizzonte temporale ultimo trimestre 2013 – anno 2015. In considerazione delle proiezioni degli scostamenti rispetto al Panel di riferimento sono state stabilite le seguenti percentuali di recupero:

- 2013: 10% dello scostamento di Settembre 2013, come da report AGENAS agli atti della DG salute;
- 2014: 40% dello scostamento programmato del 2013;
- 2015: 70% dello scostamento programmato del 2014;

L'impatto economico della manovra di recupero del differenziale tra spesa netta pro capite della farmaceutica convenzionata della Regione Molise e quella delle regioni costituenti il Panel è stato stimato sulla base della percentuale di recupero annuale programmata per ogni esercizio. Per i dettagli metodologici si veda il DCA 36/2013.

A valle del processo di stima e ricalcolo dei recuperi del Delta di scostamento della spesa farmaceutica convenzionata pro capite tra Molise e Panel di riferimento si riportano di seguito i risparmi stimati dall'applicazione della manovra.

Risparmi derivanti da recupero scostamento spesa pro capite Molise vs. Panel regioni				
Valori in €/000				
Periodo	Risparmio da manovra	Abbattimento	Impatto manovra	
2013	- 347	- 69	-	277
2014	- 2.016	- 403	-	1.613
2015	- 833	- 167	-	666
TOTALE	- 3.196	- 639	-	2.556
Totale manovra		-2.556		

Tabella 105 - Risparmi derivanti da recupero scostamento spesa pro capite Molise vs. Panel regioni

Si stima un possibile recupero dello scostamento del delta della spesa pro capite farmaceutica convenzionata pari a **0,2 €/mln per il 2013, 1,6 €/mln per il 2014 e 0,6 €/mln per il 2015.** al netto dell'abbattimento prudenziale del 20% del totale dell'impatto.

Azione 17.1.4: Potenziamento della distribuzione in DPC dei farmaci del PHT mediante riduzione della percentuale massima di distribuzione sul canale convenzionale degli stessi

Per la valorizzazione di tale azioni si è proceduto al calcolo dei farmaci in DPC che nel corso del 2012 sono risultati mancanti all'interno della filiera distributiva DPC e che hanno portato l'assistito a dover ricorrere all'acquisto del farmaco nel canale distributivo convenzionale.

Nel 2012 questi farmaci hanno avuto un costo complessivo per il SSR di 1,5 €/mln. Tuttavia, applicando il corretto prezzo di acquisto per i farmaci distribuiti in DPC, riservato all'Azienda Sanitaria Regionale, tale costo complessivo si riduce di 0,6 €/mln.

Dati di input manovra - Anno 2012	
Valori in €/000	
	Valore
Costo sostenuto per acquisto farmaci in Convenzionata	1.569
Prezzo riservato ASReM per DPC	914
Delta prezzo Convenzionata vs ASReM	655

Fonte: Web DPC, anno 2012

Tabella 106 - Dati Input per calcolo manovra

La quota degli oneri di remunerazione dei farmacisti calcolati sulla base dei valori dell'accordo su un campione di 8126 pezzi dispensati nel circuito DPC (anno 2012) risultano essere pari a 6,94 € per confezione. Al fine del calcolo dell'impatto della manovra il risparmio stimato di 0,6 €/mln è stato rapportato al mese di dicembre 2013 e considerato interamente per gli anni 2014 e 2015. Si è proceduto poi a valorizzare la riduzione dei farmaci mancanti in DPC al netto degli oneri di remunerazione dei farmacisti. **L'impatto totale della manovra, prudenzialmente abbattuta del 20 %, è pari a 1,1 €/mln.**

Impatto manovra			
Valori in €/000			
	2013	2014	2015
Riduzione farmaci mancanti in DPC	55	655	655
Stima quota oneri remunerazione farmacisti	5	56	56
Riduzione farmaci al netto oneri	50	599	599
Abbattimento prudenziale del 20%	-10	-120	-120
Manovra	45	535	535
Totale manovra			
		1.115	

Tabella 107 - Impatto manovra

Azione 17.1.5: Azioni mirate di informazione/formazione su prescrittori di classi farmaceutiche iperprescritte in termini di numero di dosi

Relativamente alla metodologia di valorizzazione dell'azione si sono utilizzati i dati del Rapporto OSMED 2011. Da tale documento sono stati estratti i dati relativi alle DDD per 1.000 abitanti al giorno per le classi di farmaci di tutte le regioni. Come popolazione residente si è utilizzato il dato relativo alla popolazione pesata così come dagli schemi AGENAS 2012.

Distribuzione regionale per il livello ATC delle DDD/1000 abitanti die territoriali 2011 per i farmaci di classe A-SSN (popolazione pesata)															
DDD/1.000 ab/die															
Regioni	C	A	N	R	J	B	M	G	L	H	S	V	D	P	Totale
Piemonte	428	129	62	39	19	86	36	43	5	28	21	-	3	1	899
Val d'Aosta	417	121	56	47	18	88	41	47	4	32	19	-	3	1	894
Lombardia	431	120	55	43	19	86	29	38	6	25	15	0	3	1	870
Veneto	455	126	53	38	18	88	36	37	5	30	17	-	3	1	907
Friuli VG	461	127	51	38	17	99	38	38	5	30	21	-	4	1	930
Liguria	427	138	71	47	17	82	36	42	4	30	21	-	4	0	919
E. Romagna	459	123	61	42	19	100	35	43	2	37	23	-	3	1	948
Toscana	440	122	76	41	22	98	39	41	0	40	25	-	5	1	951
Umbria	526	128	65	43	26	94	38	43	3	39	23	-	4	1	1.031
Marche	458	121	61	39	24	95	42	46	4	36	28	-	3	1	959
Lazio	481	164	58	58	27	97	54	44	5	40	23	0	5	1	1.056
Abruzzo	424	147	65	45	26	102	52	39	4	35	25	0	5	1	968
Molise	442	138	53	42	27	99	49	34	4	41	16	0	5	0	949
Campania	472	147	49	66	34	76	48	38	4	32	17	0	6	1	988
Puglia	474	164	52	62	31	102	66	40	4	36	18	-	4	0	1.055
Basilicata	426	146	51	56	28	99	56	40	4	41	19	-	7	0	971
Calabria	472	170	56	49	29	97	57	40	4	35	18	0	5	1	1.032
Sicilia	482	213	56	63	31	79	61	43	4	33	16	0	6	1	1.086
Sardegna	449	163	68	58	21	99	60	53	5	41	19	0	5	1	1.042
Italia	454	142	58	49	24	90	44	41	4	33	19	0	4	1	963
Nord	438	124	58	41	18	89	33	40	5	29	18	0	3	1	897
Centro	468	142	65	49	25	97	46	43	3	40	24	0	5	1	1.007
Sud e Isole	468	170	55	60	30	88	57	41	4	35	18	0	5	1	1.031

Fonte: Rapporto OSMED 2011

Tabella 108 - Distribuzione regionale per livello ATC delle DDD per 1.000 ab. al giorno

Da ciò si è proceduto al calcolo del delta percentuale tra il Molise e le regioni costituenti il Panel di riferimento, individuato con la stessa metodologia esposta nell'azione 17.1.3. Tali regioni costituiranno il *benchmark* di riferimento.

Distribuzione regionale per I livello ATC delle DDD/1000 abitanti die territoriali 2011 per i farmaci di classe A-SSN (popolazione pesata)															
DDD/1.000 ab/die															
	C	A	N	R	J	B	M	G	L	H	S	V	D	P	Totale
Panel di riferimento	448	126	60	43	20	92	39	42	4	33	21	0	4	1	931
Molise	442	138	53	42	27	99	49	34	4	41	16	-	5	-	949
Delta %	-1%	10%	-12%	-2%	35%	7%	26%	-18%	7%	23%	-24%	-100%	33%	-100%	2%
Costo pro capite Molise	76,5	29,3	21,6	16	20,4	5,4	9,9	5,5	5,3	3,7	3	8,2	1,1	0,1	206,1
Valore di riallineamento		2,9			7,1										10,01

Tabella 109 - Distribuzione regionale per livello ATC delle DDD per 1000 abitanti territoriali 2011 per i farmaci classe A – SSN (popolazione pesata)

% di recupero programmate			
	2013	2014	2015
% di recupero delle DDD/1000 ab. Die territoriali	10%	40%	50%
ATC A - Costo pro capite molise da recuperare (€)	0,29	1,17	1,46
ATC J - Costo pro capite molise da recuperare (€)	0,71	2,84	3,55
Totale costo pro capite da recuperare (€)	1,00	4,00	5,00

Tabella 110 - Percentuali di recupero programmate

Adottando la stessa metodologia di recupero dello scostamento già esposta nell'azione 17.1.3, sono state stimate le percentuali di recupero in termini di consumo. Focalizzando l'attenzione sulle classi di farmaci A e J si è calcolato l'ipotetico risparmio, in termini economici, di un riallineamento ai valori del *benchmark*. La quantificazione è stata stimata per un importo pari a circa il 10% nel 2013, 40 % nel 2014 e 50 % nel 2015, dello scostamento tra il Molise e le regioni costituenti il Panel. Tale recupero è stato, poi, rapportato alla popolazione di riferimento e, una volta provveduto ad un ulteriore abbattimento prudenziale del 20 %, si è ottenuto un impatto complessivo della manovra pari a **2,6 €/mln.**

Impatto manovra			
Valori in €/000			
	2013	2014	2015
Riallineamento su consumi farmaci <i>benchmark</i> *	322	1.289	1.612
Abbattimento prudenziale del 20%	-64	-258	-322
Manovra	258	1.032	1.289
Totale manovra			
	2.579		

Tabella 111 - Impatto manovra

Azione 17.1.6: Potenziamento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico alla dimissione ed in esito a visita specialistica in strutture pubbliche

Relativamente alla valorizzazione dell'azione sul potenziamento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico successivo alla dimissione/visita specialistica sono stati considerati i dati relativi alle dimissioni ospedaliere dagli stabilimenti pubblici dal 2010 al 2012 (Flusso SDO) e i dati di consumo farmaceutico del 2012 (FarmaSTAT). Si è, inoltre, proceduto alla valorizzazione dei risparmi derivanti dall'erogazione del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera. A fronte della complessità nel reperire i dati non si è, prudenzialmente, proceduto alla valorizzazione dell'azione derivante dalla sua applicazione in ambito specialistica.

Successivamente, è stato selezionato un campione di 1.000 casi randomizzati mediante *linkage* tra banca dati SDO e farmaceutica territoriale che ha consentito di evidenziare tutti i farmaci per i quali i pazienti dimessi ricevono una prescrizione entro 4 giorni dalla dimissione.

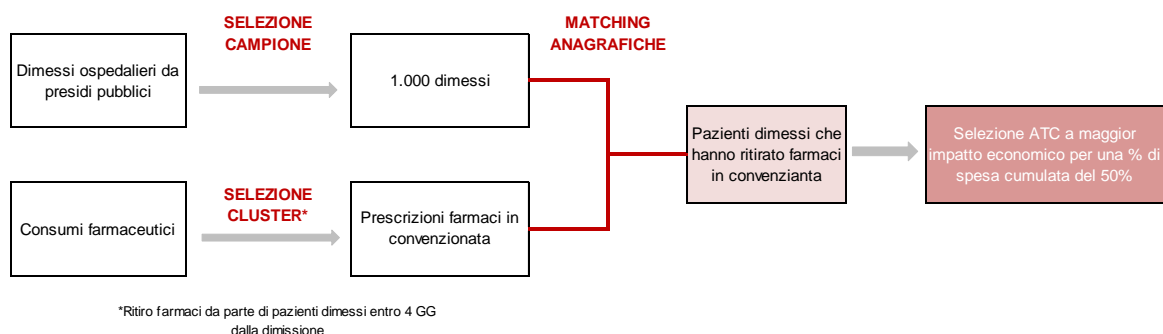


Figura 41 - Metodologia di linkage tra dati di dimissione ospedaliera e farmaci prescritti entro 4 giorni

Dopo aver ordinato per impatto economico decrescente si sono evidenziati i principi attivi che costituiscono il 50% della spesa complessiva (nella fattispecie i primi 16). Analizzando i costi effettivi d'acquisto a prezzi ASReM, si evidenzia che per tali farmaci il risparmio ottenibile è del 78,2% (molti di questi farmaci sono ceduti a prezzo simbolico agli ospedali).

Primi 16 ATC per spesa sostenuta da assiti per PCT				
Valori in €				
ATC	Spesa sostenuta	Spesa cumulata	Costo per ASReM	Stima risparmio
Lansoprazolo	1.508	8%	146	-1.362
Atorvastatina	1.225	14%	0	-1.225
Rosuvastatina	673	22%	413	-260
Amoxiclavulanico	641	25%	64	-577
Candesartan	563	28%	59	-505
Clopidogrel	511	31%	47	-464
Insulina lispro	488	33%	381	-108
Acido ursodesossilico	483	36%	98	-386
Pantoprazolo	476	38%	0	-476
Bisoprolol	467	41%	0	-467
Omeprazole	453	43%	76	-377
Adrenergici per aerosol	378	45%	144	-234
Omega-3-triglycerides	370	47%	0	-370
Levetiracetam	344	48%	317	-27
Acido acetilsalicilico	322	50%	195	-127
Totale	8.904		1.939	-6.965

Tabella 112 - Primi 16 ATC utilizzati da pazienti dimessi per PCT

Una volta stabilito il possibile risparmio sul campione di 1.000 casi (6.965 €) si è proceduto alla stima del numero di dimessi da strutture pubbliche per il triennio di attività dei presenti Programmi Operativi. A tale stima si è calcolata una quota obiettivo di pazienti dimessi dalle strutture ospedaliere pubbliche ai quali saranno erogati i farmaci previsti dai piani terapeutici direttamente dalla struttura ospedaliera.

Come esposto nella descrizione dell'azione gli obiettivi posti sono:

- 50% dei dimessi per il 2014;
- 100% dei dimessi per il 2015.

Stima dimessi 2013-2015 e percentuali di dimessi coinvolti nella sperimentazione della nuova modalità distributiva							
Casi	2010	2011	2012	Δ Medio Annuo			
					2013	2014	2015
Da ospedali pubblici	53.218	48.973	43.815	-9%	39.756	39.756	39.756
% dimessi che useranno la DD					0%	50%	100%
Numero dimessi						19.878	39.756

Fonte: Dati SDO 2010-2012

Tabella 113 - Stima dimessi 2013 – 2015 e percentuali di dimessi coinvolti nella sperimentazione della nuova modalità distributiva

Sulla base delle evidenze economiche e della stima dei casi nel triennio in oggetto si è proceduto al calcolo del numero di dimessi che useranno la Distribuzione Diretta sulla base di una percentuale del 50 % per l'anno 2014 e del 100 % per l'anno 2015. Si è passati poi alla stima del risparmio relativo alla farmaceutica convenzionata moltiplicando il numero di dimessi precedentemente ottenuto per il risparmio derivante dal campione.

Tuttavia, al fine di determinare la valorizzazione della manovra si è considerato che, ad un risparmio stimato relativo alla farmaceutica convenzionata, corrisponda un aumento relativo alla Distribuzione Diretta.

Calcolo impatto manovra su farmaceutica convenzionata e Distribuzione diretta					
Valori in €/000					
Risparmio stimato farmaceutica convenzionata				-138	-277
Aumento stimato Distribuzione Diretta				39	77
Impatto manovra				-100	-200

Fonte: Dati SDO 2010-2012

Tabella 114 - Calcolo impatto manovra su farmaceutica e Distribuzione diretta

Impatto manovra			
Valori in €/000			
	2013	2014	2015
Attivazione primo ciclo terapeutico	-	-100	-200
Abbattimento prudenziale del 20%	-	20	40
Manovra	-	-80	-160
Totale manovra			
			-240

Tabella 115 - Impatto manovra

L'impatto della manovra, prudenzialmente abbattuto del 20 % risulta, quindi, pari a 0,2 €/mln.

Programma 18: Sicurezza e rischio clinico

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi;
- monitoraggio dei Piani di miglioramento attuati dalle aziende a seguito dell'occorrenza di eventi sentinella;
- monitoraggio sistematico dell'uso della *check list* in Sala Operatoria;
- implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica;
- previsione dell'inserimento dell'implementazione dei documenti ministeriali sulla qualità e sicurezza dei pazienti (Raccomandazioni, Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria) tra i criteri di valutazione dei D.G.

Intervento 18.1: Azioni di governo clinico e riduzione del rischio clinico

Il governo clinico è il sistema volto al perseguimento di standard di qualità ed eccellenza in sanità, attraverso il miglioramento continuo dell'assistenza erogata e delle performance dei professionisti sanitari. Esso costituisce la prospettiva unificante nella gestione degli aspetti clinici ed economici delle prestazioni sanitarie e va implementato all'interno dell'azienda, a garanzia dell'integrazione degli aspetti clinico - assistenziali e di quelli gestionali relativi all'assistenza sanitaria. Il sistema del governo clinico è descritto nei presupposti strutturali e funzionali e nelle aree di seguito elencati.

Azione 18.1.1: Programmazione e Organizzazione del Sistema di Qualità Aziendale. Istituzione di una Unità Operativa Per L'Efficacia Clinica (CEU) e la riduzione del Rischio Clinico.

La Regione si propone di implementare le seguenti attività al fine di istituire, entro dicembre 2014, una Unità Operativa per il governo clinico:

- Diffondere la cultura dell' Evidence Based Medicine (EBM), pratica della medicina basata sull'integrazione dell'esperienza clinica del medico con la migliore evidenza scientifica disponibile applicata alle caratteristiche ed ai valori del singolo paziente;
- Elaborare e favorire l'applicazione delle Linee Guida.
- *Accountability*: i sistemi di rintracciabilità delle azioni di tutte le professionalità sanitarie (medici, infermieri ed altri operatori sanitari), attraverso l'individuazione univoca dei responsabili degli atti clinici;
- *Audit* clinico: la revisione organizzata e strutturata tra pari, volta ad esaminare sistematicamente la propria attività ed i propri risultati confrontandoli con standard espliciti, al fine di migliorare la qualità e gli *outcome* dell'assistenza;
- Cultura dell'apprendimento la gestione della crescita professionale del personale medico e assistenziale, le prassi per la diffusione delle expertise, la capacità di attivare percorsi di miglioramento basati sull'esperienza;
- Rendere stabile la pratica dell'EBM, dell'Audit Clinico e della Gestione del Rischio Clinico in tutti i dipartimenti dell'ASReM.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Istituzione di una Unità Operativa Per L'Efficacia Clinica (CEU) e la riduzione del Rischio Clinico	
Indicatori di risultato	Tempistica
Implementazioni azione	Dicembre 2014
Messa a regime e monitoraggio evidenze	Dicembre 2015
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
Non sono previsti oneri aggiuntivi a carico della Regione	0

Azione 18.1.2: Rischio Clinico - Costituzione di un sottogruppo CEU da destinare alla gestione del Rischio Clinico

La gestione del Rischio Clinico comprende un insieme di iniziative volte a ridurre il verificarsi di danni o eventi avversi correlati con le prestazioni sanitarie. Il miglioramento della qualità deve necessariamente passare attraverso un approccio di sistema multidisciplinare con riduzione degli errori e un forte cambiamento culturale.

A tal fine si prevede di:

- Elaborare e definire uno strumento di rilevazione di eventi avversi;
- Implementare la gestione di eventi sentinella, messa in atto di interventi di miglioramento e verificare i risultati ottenuti;
- Implementare e monitorare la Checklist in Sala Operatoria, le Raccomandazioni Ministeriali e il Manuale di Sicurezza per la Sala Operatoria;
- Elaborare un progetto per la sicurezza nella terapia oncologica;
- Diffondere l'approccio EBM e EBHC a tutti gli operatori sanitari, attraverso seminari aperti e creazione di reti all'interno dei dipartimenti con referenti delle Unità Operative.
- Elaborare delle linee guida, secondo metodologia EBM, diffusione e implementazione delle stesse attraverso metodologie e strumenti di dimostrata efficacia.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Miglioramento continuo della performance professionale e organizzativa a tutela della qualità, dell'appropriatezza e della sicurezza delle cure.	
Diffusione di una cultura di adesione a percorsi assistenziali integrati che riducono la variabilità nella pratica clinica e coinvolgono differenti figure professionali anche attraverso un miglioramento della comunicazione interdisciplinare.	
Applicazioni di Linee Guida e percorsi assistenziali che permettano di identificare le inapproprietezze (in eccesso e in difetto), suggerendo precocemente le aree di miglioramento del processo assistenziale.	
Indicatori di risultato	Tempistica
Documentazione degli esiti assistenziali	Dicembre 2014
Rimodulazione della domanda, adeguamento dell'offerta e riduzione liste di attesa	Dicembre 2014
Controllo beni-costi e servizi	Dicembre 2014
Riduzione di sinistri e conseguente ridefinizione del premio assicurativo	Dicembre 2014
Definire la dotazione organica del personale e stabilizzazione del personale incaricato	Dicembre 2014

INDICATORI	
Risultati programmati	
Messa a regime e monitoraggio evidenze	Dicembre 2015
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Azione 18.1.3: Implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella Terapia Oncologica (Raccomandazione n. 14, ottobre 2012 Ministero della Salute)

La Regione, nell'ambito del processo di potenziamento del governo/rischio clinico, intende accrescere il grado di consapevolezza tra gli operatori sanitari coinvolti nella gestione delle terapie oncologiche e ottenere la completa tracciabilità dell'intero processo di prescrizione, allestimento e somministrazione al paziente, con l'introduzione di procedure condivise.

A tal fine verranno implementate nel corso dell'operatività dei Programmi Operativi azioni volte a:

- Assicurare e attuare una costante formazione professionale. Introdurre la prescrizione oncologica informatizzata attraverso l'elaborazione di schemi di terapia standard da personalizzare su richiesta dell'oncologo/ematologo;
- Elaborare protocolli condivisi per l'allestimento, la distribuzione e la somministrazione della preparazione oncologica.

Tuttavia, il sistema richiede competenze specifiche degli operatori affinché l'uso sia appropriato, pertanto è necessaria una programmazione specifica di formazione per tutti gli operatori e la presenza di personale con competenze informatiche di elevato livello.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Miglioramento della qualità della prestazione erogata, sicurezza al paziente, sicurezza all'operatore sanitario e supposto qualificato al medico per la riduzione degli errori di terapia.	
Aumento delle prestazioni oncologiche erogate a fronte di un contenimento dei costi per miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, e riduzione dei reflui e degli scarti di produzione	
Diminuzione delle richieste di risarcimento all'Azienda da parte degli operatori sanitari e dei pazienti.	
Indicatori di risultato	Tempistica
Numero incontri di formazione Aziendale	Dicembre 2014
numero Procedure condivise.	Dicembre 2014
Messa a regime e monitoraggio evidenze	Dicembre 2015
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Azione 18.1.4: Implementazione del Sistema Informatico - ICT (*information communication technology*)

Le tecnologie dell'informazione e della comunicazione, il cui acronimo è ICT, sono l'insieme dei metodi e delle tecnologie che realizzano i sistemi di trasmissione, ricezione ed elaborazione di informazioni (tecnologie digitali comprese).

Obiettivo nel triennio è implementare una struttura aziendale tale da permettere la gestione delle liste di attesa, accettazione e dimissione del paziente, gestione dei posti letto, compilazione della SDO e gestione delle principali informazioni cliniche in reparto.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Miglioramento della qualità della prestazione erogata, sicurezza al paziente, sicurezza all'operatore sanitario e supposto qualificato al medico per la riduzione degli errori di terapia.	
Indicatori di risultato	Tempistica
Monitoraggio degli <i>outcomes</i> in modo accurato e routinario tale da supportare le decisioni cliniche nelle varie fasi del percorso assistenziale, dalla diagnosi, prescrizione terapeutica, management del decorso clinico, linee guida di riferimento, esami clinici e risultati	Dicembre 2014
Messa a regime e monitoraggio evidenze	Dicembre 2015
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Azione 18.1.5: Ricerca e Sviluppo

Su i due filoni di attività si procederà a:

- Ricerca: Creazione di una nuova conoscenza e valutazione di quanto già esiste;
- Sviluppo: Incrementare il livello delle prestazioni e gli outcomes attraverso l'applicazione dei risultati ottenuti dalla ricerca

Tali attività saranno implementate entro Dicembre 2014 e successivamente portate a regime entro e non oltre Dicembre 2015.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Introdurre nella pratica clinica la ricerca e diffondere le pratiche innovative in tutti i Dipartimenti Aziendali	
Indicatori di risultato	Tempistica
Implementazioni azioni	Dicembre 2014
Messa a regime e monitoraggio evidenze	Dicembre 2015
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM	
VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
In via prudenziale non si è proceduto al calcolo dei possibili impatti economici	

Programma 19: Attuazione del Piano dei pagamenti

Intervento 19.1: Attuazione del Piano dei pagamenti

L'8 aprile 2013 è stato approvato il Decreto Legge recante "Disposizioni urgenti per il pagamento dei debiti scaduti della Pubblica Amministrazione, per il riequilibrio finanziario degli enti territoriali, nonché in materia di versamento dei tributi degli enti locali". Il decreto prevede l'istituzione di un Fondo denominato "Fondo per assicurare la liquidità per pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili" con una dotazione di 10.000 €/mln per il 2013 e 16.000 €/mln per il 2014. Tale Fondo è distinto in tre sezioni denominate rispettivamente "Sezione per assicurare la liquidità per pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili degli enti locali" con una dotazione di 2.000 €/mln per ciascuno degli anni 2013-2014. "Sezione per assicurare la liquidità alle regioni e alle province autonome per pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili diversi da quelli finanziari e sanitari" con una dotazione di 3.000 €/mln per il 2013 e di 5.000 €/mln per il 2014 e **"Sezione per assicurare la liquidità per pagamenti dei debiti certi, liquidi ed esigibili degli enti del Servizio Sanitario Nazionale"** con una dotazione di 5.000 €/mln per il 2013 e di 9.000 €/mln per il 2014. Come stabilito dal Decreto le Regioni potranno inoltrare l'istanza di accesso all'anticipazione di liquidità al MEF entro il **31.05.2013**.

Ai sensi dell'art.3, comma 2, del D.L 35/2013, il MEF ha adottato, in data **16 aprile 2013**, il **decreto direttoriale di riparto** dell'importo di 5.000 €/mln; il riparto è stato effettuato in proporzione ai valori degli ammortamenti non sterilizzati, antecedenti all'applicazione del decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118, risultanti dai CE per il periodo dal 2001 al 2011 ponderati al 50% e ai valori delle voci "crediti verso regione per spesa corrente" e "crediti verso regione per ripiano perdite" iscritti nei modelli SP 2011 ponderati al 50%.

Alla Regione Molise è stata assegnata con il Decreto Direttoriale sopra richiamato la somma massima di 44.285 €/000⁸. In relazione a tale assegnazione si è proceduto alla formulazione dell'istanza di accesso all'anticipazione di liquidità in funzione dell'entità e delle esigenze di copertura dei debiti certi, liquidi ed esigibili al 31.12.2012 e, eventualmente, in via residuale rispetto ai primi, dei debiti certi sorti entro il 31 dicembre 2012. L'istanza di accesso si baserà sulla ricostruzione del debito come sopra qualificato attraverso un processo che necessariamente vedrà coinvolte l'ASReM e la GSA in qualità di soggetti titolari delle posizioni debitorie. L'istanza sarà accompagnata da una certificazione congiunta del Presidente e del responsabile finanziario come richiesto dal Decreto 35/2013.

Al fine di poter ottenere **l'erogazione delle somme richieste**, nei limiti delle assegnazioni deliberate con decreto direttoriale del Ministero dell'Economia e delle Finanze, la Regione deve:

- Predisporre un Piano dei Pagamenti dei debiti commerciali al 31.12.2012 certi, liquidi ed esigibili e, eventualmente, nei limiti delle risorse disponibili e in via residuale rispetto ai primi, dei debiti certi sorti entro il 31 dicembre 2012;
- Individuare le misure di copertura annuale del rimborso dell'anticipazione;
- provvedere alla sottoscrizione del contratto con il MEF.

La Regione e l'ASReM, come previsto dall'art.7 comma 1 del D.L 35/2013, hanno provveduto alla registrazione sulla piattaforma per la gestione telematica per il rilascio delle certificazioni, predisposta dal MEF.

⁸Entro il 30 novembre 2013 il MEF dovrà provvedere al riparto definitivo fra le Regioni dell'anticipazione di liquidità fino ad una concorrenza massima di 14.000 €/mln comprensivo anche degli importi previsti per l'anno 2014 (5.000 per il 2013 e 9.000 per il 2014).

Nello specifico la procedura che sarà seguita per il governo del processo di pagamento di cui al D.L 35 è di seguito rappresentata:

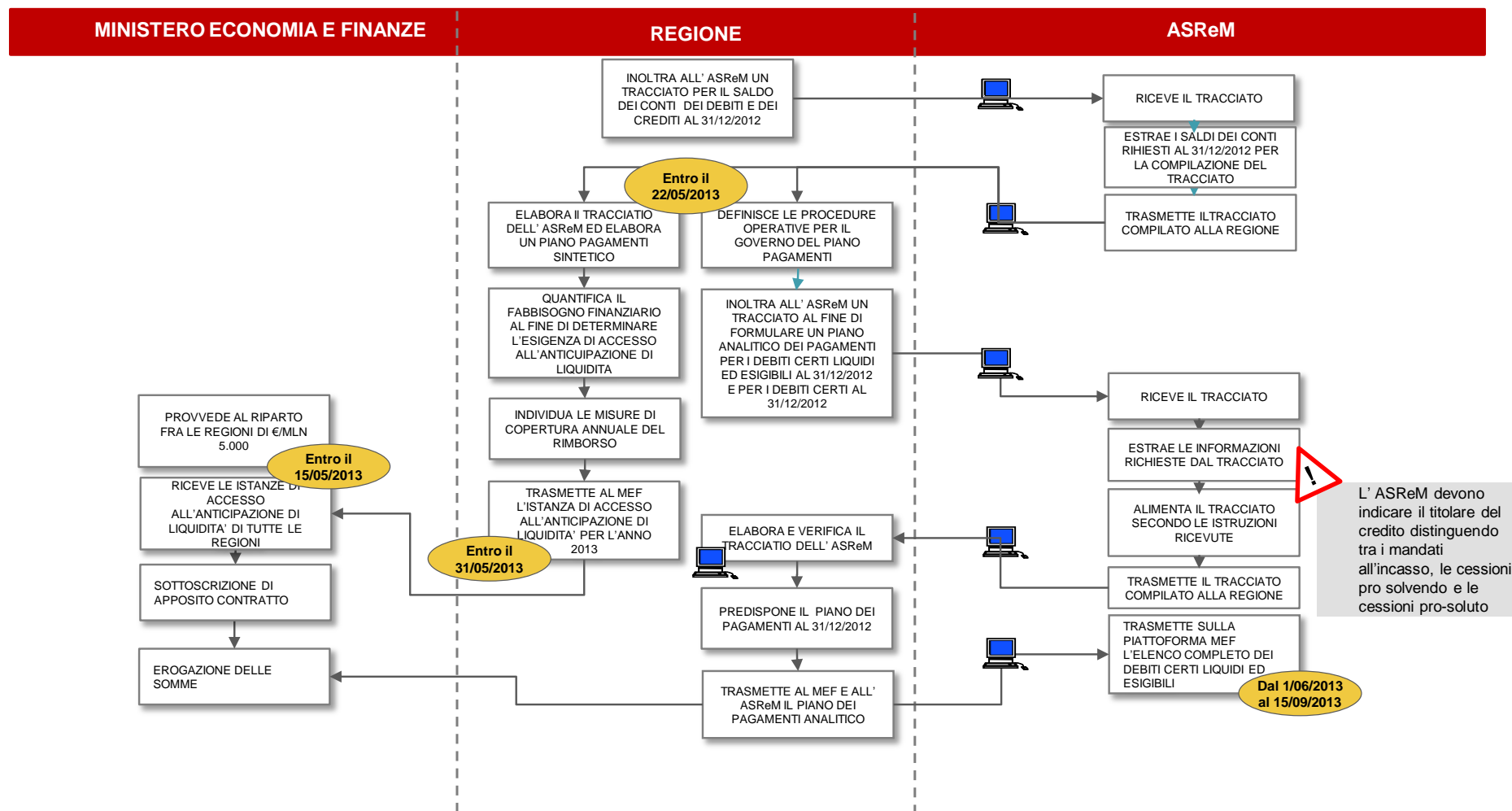


Figura 42 - Procedura di pagamento

Ai fini della quantificazione iniziale del debito la Regione, in data 30 aprile 2013, ha richiesto all'ASReM le informazioni riportate nello schema che segue:

Debito ASReM al 31.12.2012	
<i>Valori in €/000</i>	
Debito Commerciale	427.070
<i>v/Fornitori</i>	<i>427.070</i>
Debito non Commerciale	71.181
<i>Mutui Passivi</i>	<i>680</i>
<i>v/Comuni</i>	<i>136</i>
<i>v/Aziende Sanitarie Pubbliche Extraregione</i>	<i>418</i>
<i>v/Istituto Tesoriere</i>	<i>1.069</i>
<i>Tributari</i>	<i>7.419</i>
<i>v/Istituti di Previdenza</i>	<i>29.938</i>
<i>Altri debiti</i>	<i>31.521</i>
Totale Debito al 31.12.2012	498.251

Tabella 116 - Debito ASReM al 31.12.2012

Dai dati acquisiti, il debito cumulato (ASReM - GSA), risulta essere così composto:

Debito cumulato GSA - ASReM al 31.12.2012	
<i>Valori in €/000</i>	
Debito Commerciale	499.793
<i>v/Fornitori</i>	<i>499.793</i>
Debito non Commerciale	142.251
<i>Mutui Passivi</i>	<i>680</i>
<i>v/Comuni</i>	<i>136</i>
<i>v/Aziende Sanitarie Pubbliche Extraregione</i>	<i>418</i>
<i>v/Istituto Tesoriere</i>	<i>1.069</i>
<i>Tributari</i>	<i>7.419</i>
<i>v/Istituti di Previdenza</i>	<i>29.938</i>
<i>Altri debiti</i>	<i>102.591</i>
Totale Debito al 31.12.2012	642.044

Tabella 117 - Debito cumulato GSA - ASReM al 31.12.2012

Successivamente, come riportato nello schema di flusso, la Regione ha provveduto, attraverso la definizione di un apposito tracciato, alla richiesta e alla individuazione delle singole posizioni di debito al 31.12.2012 del SSR che dovessero risultare ancora aperte distinguendo tra “debiti certi, liquidi ed esigibili” alla data del 31.12.2012 e “debiti certi” alla data del 31.12.2012 ossia per i quali sia stata emessa fattura o richiesta equivalente di pagamento entro il 31.12.2012. Per quanto riguarda i “debiti certi” alla data del 31.12.2012 sono state identificate le posizioni liquidate successivamente a partire dal 1 gennaio 2013 e quelle non ancora liquidate per le quali saranno riportate le date di scadenza del debito.

Al fine di poter acquisire la certificazione delle fatture certe, liquide ed esigibili al 31/12/2012 e poter procedere con il successivo pagamento del debito, la Regione ha definito la seguente procedura e relativa tempistica:

- La struttura amministrativa responsabile del procedimento entro il 22.05.2013 ha inoltrato all'ASReM un tracciato per la certificazione delle fatture certe liquide ed esigibili al 31.12.2012 che risultano ancora aperte alla data della rilevazione; il tracciato contiene, tra le altre informazioni, il dettaglio delle fatture ed i relativi dati del titolare del credito;
- L'ASReM ha compilato il predetto tracciato con tutte le informazioni idonee a definire per ciascuna partita debitoria (fattura e/o documento contabile), lo stato di liquidità ed esigibilità; in particolare, relativamente al titolare del credito, ha indicato quali partite debitorie sono oggetto di mandati all'incasso, cessioni pro solvendo e cessioni pro soluto;
- L'ASReM entro il 15.07.2013, ha trasmesso il tracciato debitamente compilato alla struttura amministrativa responsabile del procedimento;
- La struttura amministrativa responsabile ha elaborato e, successivamente, verificato il tracciato dell'ASReM che ha poi proceduto a trasmettere sulla piattaforma MEF così come previsto dall'art. art 7, comma 4 del D.L 35/2013.

All'atto dell'erogazione delle somme, la Regione ha provveduto al trasferimento delle risorse necessarie all'ASReM per procedere all'immediato pagamento dei debiti inseriti nel Piano dei Pagamenti.

I relativi pagamenti sono stati effettuati dando priorità ai crediti più antichi e non oggetto di cessione pro soluto.

La struttura amministrativa responsabile del procedimento al fine di poter verificare la corretta attuazione della procedura da parte dell'ASReM, ha posto in atto le seguenti attività:

1. Riscontro tra "partite certificate" inserite nel Piano dei Pagamenti e partite effettivamente pagate;
2. Consegna all'ASReM delle istruzioni necessarie per la rilevazione contabile delle operazioni di cui al D.L 35/2013;
3. Verifica della coerenza delle registrazioni contabili effettuate dall'azienda sanitaria.

Alla data di redazione del presente documento risultano erogati al 18.11.2013 (Nota DG Salute prot.14773/13 del 19.11.2013) complessivi 43,2 €/mln, i fornitori coinvolti da questo processo sono stati 359 con l'emissione di 453 mandati di pagamento. Si rimanda alla Nota richiamata in precedenza per i dettagli degli importi e dei fornitori.

INDICATORI	
Risultati programmati	
Monitoraggio dello stato di avanzamento delle procedure di certificazione del credito	
Prosecuzione delle azioni volte al monitoraggio dello stato dei pagamenti dei debiti certificati dall' ASReM sulla piattaforma del MEF	
Monitoraggio sulle verifiche dell' ASReM volte a riscontrare eventuali indebiti pagamenti	
Monitoraggio sullo stato di rilascio delle certificazioni da parte dell'ASReM inerente l'avvenuto pagamento e contabilizzazione dello stesso	
Indicatori di risultato	Tempistica
Rispetto procedura di pagamento e conclusione della stessa	Gennaio 2014
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	