



MINISTERO DELLA SALUTE



REGIONE MOLISE

MINISTERO DELLA SALUTE

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA

REGIONE MOLISE

DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE, SERVIZIO PROGRAMMAZIONE ECONOMICO – FINANZIARIA DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE, UFFICIO PROGETTI E PATRIMONIO

***ACCORDO DI PROGRAMMA
PER IL SETTORE DEGLI INVESTIMENTI SANITARI
EX ARTICOLO 20 L. 67/88
Anno 2018***

**IL MINISTERO DELLA SALUTE
DI CONCERTO CON
IL MINISTERO DELL' ECONOMIA E DELLE FINANZE
E
LA REGIONE MOLISE**

INDICE:

B . CONTENUTI DEI COMPONENTI CHIAVE

B.0 RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA

- a) Identificazione dell'Accordo
- b) Quadro finanziario
- c) Sintesi del raccordo con il passato
- d) Definizione degli obiettivi
- e) Sintesi della coerenza interna
- f) Sintesi delle correlazioni e delle coerenze esterne
- g) Sintesi del quadro normativo nazionale e regionale di riferimento
 - *Riferimenti normativi nazionali*
 - *Riferimenti normativi regionali*

B1 - ANALISI DEI BISOGNI E RISPONDEZZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI

B1.a) Situazione di contesto e bisogni che ne conseguono

B1a) 1 Il quadro epidemiologico

B1a) 2 il quadro demografico

B1a) 3 Il quadro socio-economico

B1a) 4. Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità nell'accesso

- Le cause di ricovero ospedaliero
- Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio

B1a) 5. Quadro della mobilità attiva e passiva (intra ed extra-Regionale)

- Premessa

Mobilità sanitaria ospedaliera della Regione Molise

- Saldo e passiva anno 2015
- Analisi dell' assistenza ospedaliera

Mobilità sanitaria ospedaliera della Regione Molise

- Attiva anno 2015
- Analisi dell' assistenza ospedaliera della Regione Molise

Rete Ospedaliera

- Localizzazione e distribuzione delle Strutture Ospedaliere Pubbliche e Private

B1.a) 6. Offerta Ospedaliera ante operam

➤ Il P.O. di Campobasso – “A. Cardarelli”

- Descrizione del Presidio Ospedaliero
- Organizzazione Funzionale e distribuzione interna
- Carenze

➤ Il P.O. di Campobasso – stabilimento “G. Vietri” di Larino

- Descrizione del Presidio Ospedaliero
- Organizzazione Funzionale e distribuzione interna
- Carenze

➤ Stabilimento “SS. Rosario” di Venafro

- Descrizione del Presidio Ospedaliero
- Organizzazione Funzionale e distribuzione interna
- Carenze

➤ P.O. di Isernia – Stabilimento “Francesco Veneziale” di Isernia

- Descrizione del Presidio Ospedaliero
- Organizzazione Funzionale e distribuzione interna
- Carenze

➤ P.O. di Termoli – Stabilimento “San Timoteo” di Termoli

- Descrizione del Presidio Ospedaliero
- Organizzazione Funzionale e distribuzione interna
- Carenze

➤ P.O. di Isernia – Stabilimento “San Francesco Caracciolo” di Agnone

- Descrizione del Presidio Ospedaliero
- Organizzazione Funzionale e distribuzione interna
- Carenze

- La nuova struttura

- La struttura ospedaliera della Fondazione Giovanni Paolo II

- La situazione edilizia

LA RETE EXTRAOSPEDALIERA

- Assistenza specialistica ambulatoriale

Poliambulatorio di Venafro
 - descrizione
 - organizzazione funzionale
 Poliambulatorio di Agnone
 - descrizione
 - organizzazione funzionale
 Poliambulatorio di Isernia
 - descrizione
 - organizzazione funzionale
 Poliambulatorio di Frosolone
 - descrizione
 - organizzazione funzionale
 Poliambulatorio di Trivento
 - descrizione
 - organizzazione funzionale
 Poliambulatorio di Boiano
 - descrizione
 - organizzazione funzionale
 Poliambulatorio di Campobasso
 - descrizione
 - organizzazione funzionale
 Poliambulatorio di Riccia
 - descrizione
 - organizzazione funzionale
 Poliambulatorio di S. Elia a Pianisi
 - descrizione
 - organizzazione funzionale
 Poliambulatorio di Montenero di Bisaccia
 - descrizione
 - organizzazione funzionale
 Poliambulatorio di Castelmauro
 - descrizione
 - organizzazione funzionale
 Poliambulatorio di Santa Croce di Magliano
 - descrizione
 - organizzazione funzionale
 Poliambulatorio di Larino
 - descrizione
 - organizzazione funzionale
 Poliambulatorio di Termoli
 - descrizione
 - organizzazione funzionale

GLI INVESTIMENTI SANITARI

- Situazione esistente

1) Fondi art. 20 legge 67/88

1) *Interventi necessari ad adeguare le strutture e le tecnologie sanitarie alla normativa vigente in materia di sicurezza.*

2) *Programma di investimenti della Regione Molise per la linea di investimento art. 20 L. 67/88. Seconda fase.*

3) *Accordo di Programma Integrativo 2008.*

4) *Accordo di Programma Integrativo ex art. 79 L. 133/2008.*

2) Piano AIDS

3) Fondi art. 71 legge 448/1998

4) Fondi FAS - FSC

4) Art. 1 comma 34 bis della L. n° 662/96

5) Fondi propri della Regione Molise

6) Fondi FSC - Piano d'Azione Tematico "Servizi di cura per gli anziani".

FONDI A DISPOSIZIONE DELLA REGIONE MOLISE

1) art. 20 legge 67/88

- Finanziamenti dello Stato

- Calcolo risorse residue

- Il patrimonio immobiliare dell'ASREM
- La dotazione delle tecnologie
- L'accreditamento regionale
 - strutture ospedaliere
 - Strutture ambulatoriali
 - Comunità di riabilitazione psicosociali (CRP)
 - L'assistenza territoriale e socio-sanitaria

B1a 7) Analisi e valutazione della continuità assistenziale

B1b) STRATEGIA ADOTTATA RISPETTO AI BISOGNI IDENTIFICATI

B1.b)1. IDENTIFICAZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI

❖ Le Reti Assistenziali

➤ Riassetto della Rete Ospedaliera Regionale

- La Rete di Ospedaliera
- La rete Ospedaliera
- La Rete di Emergenza
- Rete dell'Emergenza Ospedaliera
- Rete per il Trauma
- Rete per l'Ictus
- Rete per le Emergenze Cardiologiche
- Rete delle Terapie intensive
- Integrazione della rete di Emergenza con il Sistema delle Cure primarie

➤ Riassetto della Rete Territoriale

- Riordino dell'assistenza distrettuale mediante la razionalizzazione dei distretti
- Potenziamento delle cure Primarie e attivazione delle Case della Salute
- Attivazione e gestione dei PDTA
- L'Assistenza domiciliare integrata
- La rete dei laboratori

➤ Riassetto della Rete Socio-sanitaria

- Le non autosufficienze e le disabilità
- La non autosufficienza
- La disabilità
- Hospice, terapia del dolore, rete delle cure palliative
- La Salute mentale
- Dipendenze patologiche
- La prevenzione
- Il sistema informativo Socio-Sanitario

B 2. LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA

B 2.a. Obiettivi del programma

B 2.a) 1. Analisi dei problemi e priorità

B 2.a) 2. La catena degli obiettivi

Obiettivi generali

Obiettivi specifici

Obiettivi operativi

B 2.a) 3. Intervento progettuale

- Integrazione Cardarelli – Fondazione Giovanni Paolo II;
- Adeguamenti sismico, tecnologico, funzionale e rispetto delle norme di sicurezza del P.O. di Termoli;
- Adeguamenti sismico, tecnologico, funzionale e rispetto delle norme di sicurezza del P.O. di Isernia;
- Realizzazione di un polo integrato per attività ospedaliera e distrettuali nel Comune di Agnone;
- Ristrutturazione e riconversione dell'Ospedale "SS. Rosario" di Venafro in Struttura Territoriale Polivalente;
- Ristrutturazione e riconversione dell'Ospedale "Vietri" di Larino in Struttura Territoriale Polivalente;
- Riconversione del Poliambulatorio di Isernia in Casa della Salute;
- Riconversione del Poliambulatorio di Frosolone in Casa della Salute ;
- Riconversione del Poliambulatorio di Trivento in Casa della Salute;
- Riconversione del Poliambulatorio di Bojano in Casa della Salute;
- Riconversione del Poliambulatorio di Montenero di Bisaccia in Casa della Salute;
- Riconversione del Poliambulatorio di Castelmauro in Casa della Salute;
- Riconversione del Poliambulatorio di Termoli in Casa della Salute;
- Centro Territoriale ex Ospedale Cardarelli di Campobasso;
- Poliambulatorio di Sant'Elia a Pianisi
- Realizzazione di un Centro di Salute Mentale a Isernia;

- Adeguamento e messa a norma del Centro di Salute Mentale di Campobasso;
- Acquisto apparecchiature elettromedicali;
- Acquisto auto mediche;
- Casacalenda – percorso riabilitativo;
- Residenza Protetta – Poggio Sannita.

B 2.a)4. OFFERTA POST OPERAM

B 2.b) Coerenza interna della strategia

B 2.b) 1. Relazione e complementarità tra le priorità

B 2.b) 2. Analisi dei rischi

C2 - ANALISI S.W.O.T.

B3. COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE NAZIONALI E REGIONALI

B3.a)1. COERENZA CON LE PRIORITÀ DEL QUADRO STRATEGICO NAZIONALE 2007- 2013

B3.a)2. Coerenza con gli strumenti di programmazione regionale

B3.b) Sostenibilità degli interventi

B3.b) 1. Analisi delle condizioni

B3.b) 2. Sostenibilità economica e finanziaria

B3.b) 3. Sostenibilità amministrativa e gestionale

B3.b) 4. Sostenibilità di risorse umane

B3.b) 5. Sostenibilità ambientale

B4. RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI

B4.a) Sistema di indicatori

B4a 1 Definizione del Sistema di indicatori

B4.a) 2. Indicatori di contesto

B4.a) 2. Indicatori di programma

Indicatori di risorse

Indicatori di realizzazione

Indicatori di risultato

Indicatori di impatto

B 4.a) 3 Gli indicatori di efficacia ed efficienza

Indicatori di risorse

Indicatori di realizzazione

Indicatori di risultato

Indicatori di impatto

Indicatori di efficacia ed efficienza

B4.a) 4. Definizione del Sistema degli Indicatori

Soggetti interessati

B4.a) 5. Fonti di verifica

Indicatori di risorse

Indicatori di realizzazione

Indicatori di risultato

Indicatori di impatto

Indicatori di efficacia ed efficienza

B4.b) Impatti del Programma

B4b 1 Accettabilità sociale del Programma

B4b 2 Valore aggiunto del Programma

B4b 3 Health Technology Assessment

B5. SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI

B5.b)1 Monitoraggio finanziario

B5.b)2 Monitoraggio fisico

B5.b)1 Monitoraggio procedurale

C. APPENDICE: SCHEDE DI RIFERIMENTO

Tabella riepilogativa dei costi distinta per Quota a carico dello Stato e Quota a carico della Regione

ALLEGATI

Schede Tecniche di progetto

B0 - RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA

a) Identificazione dell'Accordo

Il presente Accordo di Programma ha la finalità di presentare gli interventi che la Regione Molise intende attivare per migliorare il governo del Servizio Sanitario Regionale (di seguito anche "SSR") attraverso il riordino delle reti assistenziali e delle strutture sanitarie coinvolte a seguito della razionalizzazione dell'offerta sanitaria. In via semplificativa saranno attuate le successive azioni:

- Riassetto della rete ospedaliera regionale;
- Riordino della rete dell'emergenza;
- Ristrutturazione della rete territoriale;
- Riorganizzazione e potenziamento della rete socio-sanitaria;

In particolare, le azioni che si intendono attuare per il raggiungimento degli obiettivi di programma si configurano secondo quanto di seguito stabilito:

- Integrazione "Cardarelli – Fondazione Giovanni Paolo II";
- Riconversione degli attuali Presidi Ospedalieri di Larino e Venafro. Gli stabilimenti di Venafro e Larino saranno oggetto di ristrutturazione per diventare i contenitori di attività territoriali di filtro e di supporto a quella ospedaliera;
- Ristrutturazione e Trasformazione dei poliambulatori esistenti in "Casa della Salute";
- Adeguamento sismico, tecnologico, funzionale e rispetto delle norme di sicurezza dei P.O. di Termoli ed Isernia secondo le esigenze derivanti dalla nuova organizzazione dell'offerta sanitaria.
- Realizzazione di un polo integrato per attività ospedaliere e distrettuali nel comune di Agnone;
- Rinnovo del parco tecnologico mediante l'acquisto di nuove apparecchiature elettromedicali.

Gli interventi previsti nel presente documento sono necessari per conseguire, al termine degli interventi, i seguenti risultati:

- Riqualficazione dell'attività di assistenza regionale riducendo il ricorso all'ospedale;
- Qualificazione e potenziamento delle attività di assistenza territoriale;
- Adeguamento agli standard della rete emergenza-urgenza e ospedaliera;
- Razionalizzazione delle strutture sanitarie e risparmi gestionali;
- Adeguamento delle strutture sanitarie alla normativa e alle norme di sicurezza vigenti;
- Maggiore vivibilità delle strutture ed incremento delle tecnologie.

b) Quadro finanziario

L'art. 5 bis del D.Lgs. 502/92 prevede che il Ministro della Salute, nell'ambito dei programmi regionali per la realizzazione degli interventi previsti dall'art. 20 della legge 67/88, possa stipulare accordi di programma con le Regioni e con altri soggetti pubblici interessati, acquisito di concerto con il Ministero dell'Economia e Finanze e d'intesa con la Conferenza Stato Regioni, nei limiti delle disponibilità finanziarie del bilancio dello Stato.

Così come riportato nel Programma Operativo 2015-2018, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni in data 03.08.2016, la Regione Molise intende avvalersi dei fondi ex art. 20 L. 67/88 e s.m.i., previa sottoscrizione di uno specifico accordo di programma con i Ministeri competenti, per la realizzazione dei successivi interventi:

1. Integrazione Cardarelli – Fondazione Giovanni Paolo II;
2. Adeguamenti sismico, tecnologico, funzionale e rispetto delle norme di sicurezza del P.O. di Termoli;
3. Adeguamenti sismico, tecnologico, funzionale e rispetto delle norme di sicurezza del P.O. di Isernia;
4. Realizzazione di un polo integrato per attività ospedaliera e distrettuali nel Comune di Agnone;
5. Ristrutturazione e riconversione dell'Ospedale "SS. Rosario" di Venafro in Struttura Territoriale Polivalente;
6. Ristrutturazione e riconversione dell'Ospedale "Vietri" di Larino in Struttura Territoriale Polivalente;
7. Riconversione del Poliambulatorio di Isernia in Casa della Salute;
8. Riconversione del Poliambulatorio di Frosolone in Casa della Salute ;
9. Riconversione del Poliambulatorio di Trivento in Casa della Salute;
10. Riconversione del Poliambulatorio di Bojano in Casa della Salute;
11. Riconversione del Poliambulatorio di Montenero di Bisaccia in Casa della Salute;
12. Riconversione del Poliambulatorio di Castelmauro in Casa della Salute;
13. Riconversione del Poliambulatorio di Termoli in Casa della Salute;
14. Centro Territoriale ex Ospedale Cardarelli di Campobasso;
15. Poliambulatorio di Sant'Elia a Pianisi;
16. Realizzazione di un Centro di Salute Mentale a Isernia;
17. Adeguamento e messa a norma del Centro di Salute Mentale di Campobasso;
18. Acquisto apparecchiature elettromedicali;
19. Acquisto auto mediche;
20. Casacalenda – percorso riabilitativo;
21. Residenza Protetta – Poggio Sannita.

Il fabbisogno complessivo per la realizzazione di tutte le opere necessarie per l'attuazione del Programma Operativo Straordinario 2015-2018, ha un costo stimato in € **105.583.388,59** come riportato nel successivo quadro economico:

Risorse a carico dello Stato	€	100.304.219,16
Risorse a Carico della Regione Molise	€	5.279.169,43
Sommano	€	105.583.388,59

c) Sintesi del raccordo con il passato

La Regione Molise, in presenza di rilevanti disavanzi di gestione del SSR, non ripianabili attraverso strumenti ordinari, ha stipulato in data 27 marzo 2007 l'Accordo con il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e Finanze, a norma dell'art. 1, comma 180, legge 311/04, con cui ha definito l'insieme degli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Sulla scorta di detto Accordo è stato adottato, con Deliberazione di Giunta Regionale n. 362 del 30 marzo 2007, il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR.

Il mancato rispetto degli adempimenti previsti dal Piano di Rientro ha portato il Consiglio dei Ministri, su segnalazione del Tavolo Tecnico di verifica degli adempimenti, alla nomina, nella persona del Presidente della regione Molise, di un Commissario ad Acta per perseguire gli obiettivi concordati nel Piano di Rientro.

Successivamente, l'art. 2, comma 88, della legge n. 191 del 23.12.2009, ha stabilito che: "Per le Regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale ...".

Per quanto su esposto, nel Programma Operativo 2015-2018, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni in data 03.08.2016, sono stati previsti, nell'ambito degli intervenuti per il "Riequilibrio Ospedale-Territorio" e del riassetto e razionalizzazione della rete ospedaliera regionale, i seguenti interventi:

- Integrazione "Cardarelli – Fondazione Giovanni Paolo II";
- Adeguamento sismico, tecnologico, funzionale e rispetto delle norme di sicurezza dei P.O. di Termoli ed Isernia secondo le esigenze derivanti dalla nuova organizzazione dell'offerta sanitaria.
- Realizzazione di un polo integrato per attività ospedaliere e distrettuali nel comune di Agnone;
- Riconversione degli attuali Presidi Ospedalieri di Larino e Venafro. Gli stabilimenti di Venafro e Larino saranno oggetto di ristrutturazione per diventare i contenitori di attività territoriali di filtro e di supporto a quella ospedaliera;
- Ristrutturazione e riconversione dei poliambulatori esistenti in "Casa della Salute";
- Realizzazione di una RSA nel comune di Colletorto da sessanta posti letto e tre RSA da quaranta posti letto, ciascuna nelle ex strutture ospedaliere di Larino, Venafro e Agnone;

d) Definizione degli obiettivi

Gli obiettivi generali del programma di investimenti sono:

- Riqualificazione e Razionalizzazione della rete ospedaliera: redistribuzione degli spazi all'interno delle strutture a seguito dell'applicazione dei nuovi standard, della chiusura degli ospedali di Venafro e di Larino ed alla progressiva rimodulazione dell'offerta sanitaria;
- Potenziamento e ammodernamento del parco tecnologico ed informatico: accrescere l'efficienza e l'efficacia delle offerte di prestazioni sanitarie al fine di adeguare la capacità di diagnosi e garantire complete condizioni di sicurezza per il paziente e per gli operatori;
- Miglioramento dell'umanizzazione e comfort alberghiero: creazione di ambienti con caratteristiche proprie dell'edilizia ed impiantistica sanitaria che assicurino accoglienza e confort;
- Ristrutturazione ed adeguamento della rete territoriale: implementare un sistema regionale che permetta percorsi di cura integrati ospedale-territorio, nella certezza che la continuità e la prossimità delle cure sono elementi irrinunciabili per poter dare risposte adeguate ai bisogni complessi della popolazione

- Adeguamento alle norme di sicurezza: garantire ai cittadini la piena fruibilità in sicurezza dell'offerta sanitaria attraverso la messa a norma delle strutture sanitarie (antincendio e adeguamento antisismico delle strutture) ed adeguamento dell'impiantistica;

e) Sintesi della coerenza interna

La Regione Molise con la definizione del Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del servizio sanitario regionale si è posto l'obiettivo di attuare un percorso indirizzato al riequilibrio economico della gestione sanitaria garantendo e migliorando al contempo l'erogazione dei livelli minimi di assistenza.

Tra gli indirizzi di carattere generale che la Regione intende perseguire si evidenziano:

- Riequilibrio del LEA al fine di garantire risposte mirate ai cittadini dell'ambito dei setting assistenziali tramite un percorso di riconversione e di riequilibrio tra ospedale e territorio;
- Perseguimento dell'equilibrio economico finanziario da attuarsi attraverso interventi di riorganizzazione strutturale e di contenimento della spesa;
- Controllo direzionale della spesa sostenuta;
- Riqualificazione dell'assistenza sanitaria attraverso la riorganizzazione della rete ospedaliera;

Tra le azioni da intraprendere per raggiungere l'obiettivo è prevista la ristrutturazione e la razionalizzazione delle reti sanitarie regionale, ed in particolare per la rete ospedaliera è prevista la realizzazione dell'integrazione strutturale e funzionale del P.O. Cardarelli con la struttura sanitaria ad uso ospedaliero Giovanni Paolo II.

f) Sintesi delle correlazioni e della coerenza esterna

L'intervento che si propone di realizzare trova specifica collocazione nel Piano Operativo 2015-2018 approvato dalla Conferenza Stato-Regioni in data 03.08.2016, esso rappresenta una condizione necessaria per consentire, inoltre, la realizzazione degli interventi che la Regione ha già avviato, o che è in procinto di avviare, nel quadro di attuazione previsto dal Programma Operativo.

g) Sintesi del quadro normativo nazionale e regionale di riferimento

Riferimenti normativi nazionali

- Legge 11 marzo 1988, n. 67 (art. 20): "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)";
- D.M. 29 agosto 1989, n. 321: "Regolamento recante criteri generali per la programmazione degli interventi e il coordinamento tra enti competenti nel settore dell'edilizia sanitaria in riferimento al piano pluriennale di investimenti, ai sensi dell'art. 20, commi 2 e 3, della legge finanziaria 11 marzo 1988, n. 67";
- Decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502;
- Legge 492/93 (conversione in Legge del D.L. 2 – 10 – 1993 n. 396): "Disposizioni in materia di edilizia sanitaria";
- Decreto del Presidente della Repubblica 20 aprile 1994, n. 367;
- legge 23 dicembre 1996, n. 662;
- D.P.R. 14 gennaio 1997: "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
- Delibera CIPE 21/03/97: "Disciplina della programmazione negoziata";
- Decreto legislativo 5 dicembre 1997, n. 430;
- Circolare del Ministero della Salute del 18 giugno 1997, n. 100/SCPS/6.7691;

- Deliberazione CIPE del 6 agosto 1999, n. 141;
- Decreto Ministeriale 12 dicembre 2000;
- Legge 16 novembre 2001 n. 405 di conversione, con modificazioni, del D.L. 18 settembre 2001 n. 347, recante interventi urgenti in materia sanitaria;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive integrazioni, concernente i Livelli Essenziali di Assistenza;
- Accordo tra il Governo, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 19 dicembre 2002;
- Decreto del Ministro della Salute del 12 dicembre 2003;
- D.Lgs 29 Dicembre 2003 n. 307
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 23 marzo 2005;
- D. Lgs 19 agosto 2005 n. 192 "Attuazione della direttiva 2002/91/CE relativa al rendimento energetico nell'edilizia"
- Legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006) articolo 1, commi 310, 311 e 312 disposizioni per l'attuazione del programma straordinario di investimenti di cui all'art. 20 della legge n. 67 del 1988, e successive modificazioni;
- Nota circolare del Ministero della Salute prot. n. 2749/DGPROG/7-P/I6.a.h dell'8 febbraio 2006 avente per oggetto "Programma investimenti art. 20 legge n. 67 del 1988 – Applicazione art. 1, commi 285, 310, 311 e 312, legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006);
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 28 marzo 2006 (Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006-2008);
- Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006 recante approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 2006-2008;
- Decreto Legislativo 12 aprile 2006, n. 163 "Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE".
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 5 ottobre 2006, (Patto sulla Salute);
- Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Finanziaria 2007) per le disposizioni concernente il settore degli investimenti in Sanità;
- Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008) per le disposizioni concernente il settore degli investimenti in Sanità;
- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008 per la "definizione delle modalità e procedura per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità" a integrazione dell'accordo del 19 dicembre 2002;
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n.81.
- LEGGE 8 novembre 2012, n. 189
- Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.
- Decreto Ministeriale 2 Aprile 2015 n. 70.
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014 (Patto della Salute 2014-2016);
- Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture
- DECRETO MINISTERIALE 19 marzo 2015
- Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al decreto 18 settembre 2002

Riferimenti normativi regionali

- L. R. 23 aprile 1980, n. 10. Disciplina delle funzioni per la tutela della salute mentale;
- L. R. 16 maggio 1980, n. 15. Organizzazione delle Unità Locali dei servizi di assistenza sanitaria e sociale;
- Igiene e Sanità pubblica, di vigilanza sulle farmacie e per l'assistenza farmaceutica;
- L. R. 12 gennaio 1981, n. 4. Riordino dei Servizi Veterinari nelle Unità Locali a norma dell'art. 16 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

- L. R. 23 giugno 1982, n. 14. Modifiche alla legge regionale 7 dicembre 1979, n. 35 recante: < - Assistenza sanitaria sociale e scolastica - Servizi - Gestione - Strutture – Costituzione- Funzionamento - Disciplina – Modifiche;
- L. R. 16 giugno 1983, n. 17. Modifiche alla legge regionale 13 novembre 1978, n. 28. Consulteri familiari - Disciplina – Modifiche;
- L. R. 5 settembre 1984, n. 24. Modifiche alla legge regionale 12 gennaio 1981, n. 4 recante norme sul: Riordino dei servizi veterinari nelle Unità Locali a norma dell'art. 6 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;
- L. R. 20 maggio 1985, n. 18. Istituzione, organizzazione e gestione del Presidio Multizonale di Igiene e Prevenzione della Regione Molise;
- L. R. 8 settembre 1986, n. 14. Disciplina del servizio ispettivo;
- L. R. 22 gennaio 1987, n. 3. Norme per il trasferimento alle Unità Locali delle funzioni in materia di Igiene e Sanità pubblica, di vigilanza sulle farmacie e per l'assistenza farmaceutica;
- L. R. 1 febbraio 1988, n. 3. Disposizioni per raccolta, conservazione e distribuzione sangue umano;
- L. R. 20 dicembre 1989, n. 25. Norme per l'istituzione e la disciplina dei servizi regionali di diabetologia;
- L. R. 10 aprile 1990, n. 20. Legge regionale 13 settembre 1989, n. 15 – Modificazioni. Servizio farmaceutico - Svolgimento - Modalità;
- L. R. 23 luglio 1991 n. 13. Art. 22 della legge regionale 12 gennaio 1981, n. 3 – Assistenza farmaceutica;
- L. R. 12 settembre 1991, n. 17. Norme per l'istituzione dei distretti sanitari e per l'attuazione dell'art. 69 del D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761 per l'accesso alla posizione funzionale di dirigente dei servizi di assistenza sanitaria di base;
- L. R. 8 maggio 1992, n. 18. Interventi sociali e sanitari per la prevenzione delle tossicodipendenze e dell'alcolismo e per il trattamento dei soggetti che fanno uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e psicotrope;
- L. R. 16 febbraio 1993, n. 1. Centri di recupero e di integrazione sociale per pazienti psichiatrici – Disposizioni;
- L. R. 7 aprile 1993, n. 10. Servizio nazionale di guardia medica ed emergenza territoriale - D.P.R. 25 gennaio 1991, n. 41 - Integrazione dei criteri attuativi;
- Reg. Reg. 6 marzo 1996. n. 3. Regolamento Regionale recante disposizioni in merito all'organizzazione ed alla gestione dei centri recupero psichiatrici, approvato dal Consiglio Regionale con atto n. 318 del 15 dicembre 1992 – Provvedimenti;
- L. R. 21 febbraio 1997, n. 2. Organizzazione generale delle Aziende Sanitarie Locali (ASL);
- L. R. 14 maggio 1997, n. 11. Disciplina del Servizio Sanitario nella Regione Molise - Abrogazione della legge regionale 13 gennaio 1995, n. 2;
- L. R. 21 novembre 1997, n. 28. Tutela dei diritti dei malati;
- L. R. 26 aprile 1999, n. 16. Istituzione del servizio per il trasporto di emergenza neonatale;
- L. R. 11 ottobre 1999, n. 35. Prestazioni aggiuntive in favore dei soggetti da sottoporsi a trapianto di organi e dei trapiantati;
- L. R. 28 ottobre 2002, n. 28. Istituzione del servizio delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica;
- L. R. 6 novembre 2002, n. 30. Tutela della salute mentale;
- L. R. 8 novembre 2002, n. 32. Nutrizione artificiale domiciliare;
- Reg. Reg. 26 gennaio 2004, n. 1. Tutela della salute mentale -Attività - Disciplina - Regolamento applicativo;
- L. R. 1 aprile 2005, n. 9. Servizio sanitario regionale - Azienda sanitaria regionale (ASREM) - Istituzione - Ordinamento - Organizzazione – Funzionamento;
- L. R. 10 aprile 2007, n. 13. Modalità di copertura del disavanzo sanitario cumulato fino al 31 dicembre 2006;
- L. R. 20 giugno 2007, n. 17. Interventi a favore di soggetti sottoposti a trapianto di organi o affetti da patologie rare;
- L. R. 20 giugno 2007, n. 18. Nuova disciplina del sistema di controllo ispettivo sanitario regionale;
- L. R. 31 dicembre 2007, n. 32. Gestioni liquidatorie delle Aziende Sanitarie Locali e modifiche all'articolo 6 della legge regionale 19 ottobre 2007, n. 25;
- L. R. 24 giugno 2008, n. 18. Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private.
- Reg. Reg. 18 luglio 2008, n. 2. Regolamento Regionale - Modalità di funzionamento della Conferenza Permanente per la Programmazione Sanitaria e Socio-Sanitaria Regionale, istituita con Legge Regionale 1° aprile 2005, n. 9;

- L. R. 26 novembre 2008, n. 34. Modifiche alla legge regionale 1° aprile 2005, n. 9, ad oggetto: "Riordino del Servizio sanitario regionale";
- L. R. 12 giugno 2009, n. 19. Modifiche all'articolo 5 della legge regionale 14 maggio 1997, n. 11 (disciplina del servizio sanitario nella Regione Molise - Abrogazione della legge regionale 13 gennaio 1995, n. 2);
- L. R. 4 agosto 2009, n. 21. Modifiche alla legge regionale 24 giugno 2008, n. 18, recante: "Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private.".
- Reg. Reg. 8 settembre 2009, n. 1. Modalità di funzionamento della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, istituita dall'articolo 7 della legge regionale 1° aprile 2005, n. 9;
- L. R. 22 febbraio 2010, n. 8. Disciplina sull'assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo dell'Azienda sanitaria regionale del Molise - Abrogazione della legge regionale 14 maggio 1997, n. 12;
- L. R. 13 dicembre 2010, n. 22. Modifiche ed integrazioni alla Legge Regionale 11 febbraio 1999, n. 6 (Norme per il Funzionamento delle Commissioni Sanitarie di cui alla Legge 15 ottobre 1990, n. 295 - dei Collegi Medici di cui all'articolo 20 della Legge 2 aprile 1968, n. 482, e della Legge 5 febbraio 1992, n. 104, articolo 4);
- L. R. 24 giugno 2011, n. 11. Salute della donna - Parto - Istituzione delle case del parto – Disciplina;
- L. R. 22 novembre 2013, n. 23. Diffusione ed utilizzo dei defibrillatori semiautomatici nella regione Molise;
- L. R. 24 novembre 2014, n. 20. Sostituzione dell'articolo 4 della legge regionale 20 giugno 2007, n. 17 (Interventi a favore di soggetti sottoposti a trapianto di organi o affetti da patologie rare)
- L. R. 10 febbraio 2015, n. 1. Disposizioni per la tutela delle donne affette da endometriosi;
- L. R. 26 marzo 2015, n. 3. Disposizioni straordinarie per la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- L. R. 17 dicembre 2016, n. 20. Disposizioni per la prevenzione del gioco d'azzardo patologico;

B1 - ANALISI DEI BISOGNI E RISPONDEZZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI IDENTIFICATI

B1.a) Situazione di contesto e bisogni che ne conseguono

La Regione Molise ha un territorio che si estende su un'area complessiva di 4.460,60 kmq, suddiviso nelle province di Campobasso con 2.925,41 km² e 84 Comuni ed Isernia con 1.535,24 km² e 52 Comuni.

Superficie Territoriale	
Kmq	4.460,60
Montagna	55,3%
Collina	44,7%

I confini amministrativi e geografici della regione riguardano l'Abruzzo a nord, il Lazio e la Campania



ad est, la Puglia a sud ed il mare Adriatico ad est. La morfologia del territorio è varia, con quote che vanno dal livello del mare a oltre 2.000 metri, le uniche, modeste estensioni pianeggianti si hanno nella piana di Bojano e nella valle del Volturno al confine con la Campania. Più della metà della superficie della regione è costituita dal territorio montano, che registra le quote maggiori nell'Alto Molise e con i massicci

del Matese e delle Mainarde.

L'idrografia regionale trova nei fiumi Biferno, Trigno e Volturno i suoi elementi principali. Oltre a questi corsi d'acqua, che hanno nel territorio molisano le loro sorgenti, meritano di essere ricordati il Fortore ed il Sangro. La regione è inoltre attraversata da una linea spartiacque che, con andamento sinuoso, divide il versante adriatico da quello tirrenico.

Il clima è di tipo semi-continentale, con inverni generalmente freddi e nevosi ed estati calde e afose. Sulla costa il clima è più gradevole, man mano che si procede verso l'interno l'inverno diventa via via più rigido e le temperature si abbassano notevolmente (Campobasso nel periodo invernale è una delle città più fredde d'Italia). Anche l'estate risulta più gradevole sulla costa dove spesso soffiano brezze che rendono più dolci i mesi caldi.

La viabilità

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

La percorrenza media per raggiungere, dai comuni periferici, i principali centri erogatori di servizi varia da 10 minuti a 40 minuti con automezzo, e può superare i 45 minuti con l'autobus.



Le principali vie di comunicazione presenti in regione possono essere riassunte nel modo seguente:

- ferrovia Adriatica Bologna – Bari
- ferrovia trasversale Termoli – Campobasso – Isernia – diramazione per Roma e Napoli
- autostrada A14 Bologna – Bari

- strada statale “Bifernina” Termoli – Campobasso – Boiano – Isernia – Venafro
- strada statale “Trignina” Montenero di Bisaccia – Isernia
- strada statale F.V. Tappino Campobasso – Foggia
- strada provinciale F.V. Verrino Belmonte del Sannio – Agnone – Abruzzo

I centri abitati di maggiore rilevanza ai fini sanitari per la presenza di presidi ospedalieri pubblici sono Campobasso, Termoli, Isernia, Agnone, Venafro e Larino e le distanze chilometriche reciproche tra tali centri sono riportate nella tabella seguente:

Centri abitati	Distanze chilometriche					
	Agnone	Campobasso	Isernia	Larino	Termoli	Venafro
Agnone	-	57	44	87	84	64
Campobasso	57	-	52	49	68	72
Isernia	44	52	-	97	112	23
Larino	87	49	97	-	28	117
Termoli	84	68	112	28	-	120
Venafro	64	72	23	117	120	-

B1a. 1 Quadro epidemiologico

L'assenza di un Registro di mortalità per causa della Regione Molise non ha permesso di fornire dati estremamente recenti per cui si è fatto ricorso alla banca dati Ufficio di Statistica dell'ISS, in collaborazione con il Settore Informatico del SIDBAE dell'ISS. Essa fornisce una descrizione della mortalità osservata in Italia nel periodo 2011-2012 (ICD-10). Vengono presentati, in totale e separatamente per uomini e donne, sia il numero assoluto di decessi che la popolazione cui essi si riferiscono ed i corrispondenti tassi di mortalità specifici.

I dati sui decessi sono ottenuti dalla rilevazione ISTAT sulle cause di morte che raccoglie, controlla e codifica le schede di certificazione di morte. I dati relativi alla popolazione derivano da stime effettuate in collaborazione tra l'Ufficio di statistica dell'ISS e l'ISTAT. Le tabelle riportano separatamente per uomini, donne e totale, e per ciascuna combinazione selezionata delle altre variabili (età, anno, causa e regione) le seguenti informazioni:

- numero di decessi osservato;
- popolazione media annua;
- tasso di mortalità,

calcolato come rapporto tra decessi e popolazione, per 100.000. Nel 2012 i decessi complessivi registrati fra i residenti in Molise sono 3.571 (pop. media annua 313.243 - uomini 1.748 - donne 1.823).

I decessi registrati in Molise, nel 2012, per cause dovute a patologie ricorrenti sono complessivamente 3.413, fra le cause naturali il 49,5% è attribuito a malattie del sistema circolatorio (n.: 1.553), il 26,2% a tumori (n.: 821) il 7,9% a malattie del sistema respiratorio (n.: 220), il 5,3% a malattie dell'apparato digerente (169); malattie del sistema nervoso (4,7%), malattie dell'apparato genitourinario (2,1%), disturbi psichici e comportamentali (2,3%), malattie infettive (1,4%), malformazioni congenite (1,2%), diabete mellito (4%). Le cause di morte esterne / traumatismi rappresentano il 5% del totale (n.: 159), malattie infettive e parassitarie (1,4%). La proporzione di eventi è simile nel 2011 (3.438). In maniera analoga al livello nazionale, le cause di morte più frequenti sono attribuite a malattie del sistema circolatorio, respiratorio e ai tumori.

A confronto con il tasso nazionale, nel 2012 il tasso std. di mortalità generale in Molise è maggiore del 8% per gli uomini e del 7,9% nelle donne, in linea con la media nazionale. Rispetto al dato nazionale nel 2012 in Molise la mortalità per tumori totali è inferiore del 7%, di cui del 3,2% fra gli uomini e del 2,8% fra le donne, nel 2011 la mortalità per tumori è inferiore, al dato nazionale del 2,7%, di cui 0,6% fra gli uomini e del 1,3% fra le donne.

Nel 2011 e 2012 la mortalità per malattie del sistema circolatorio è maggiore rispetto al dato nazionale sia per gli uomini che per le donne (Uomini 10% e 10,1%, donne del 10% e 12%). La mortalità per malattie del sistema respiratorio è maggiore rispetto al dato nazionale solo per gli uomini, mentre per le donne si stabilizza sul dato nazionale (Uomini 10,5% e 16,6%, donne del 0,2% e 0,2%).

La mortalità per malattie dell'apparato digerente mostra sia negli uomini che nelle donne un dato superiore al valore nazionale, per gli uomini rispettivamente del 8,4% e del 23,3%, per le donne del 18,7% e del 6,9%. La

mortalità per malattie dell'apparato genitourinario registrano in entrambi i sessi un incremento dal 2011 al 2012 del 7,8% e del 1,5% negli uomini e del 4% nelle donne.

Tassi di mortalità tendenzialmente più elevati della media nazionale si registrano in entrambi i sessi per le malattie dell'apparato genitourinario, per le malattie del sistema nervoso e per i disturbi psichici e comportamentali. Per le malattie infettive si registrano valori tendenzialmente più elevati nel 2011.

Relativamente alle cause di morte esterne (traumatismi), nel 2011 la mortalità in Molise è del 10,5% più elevata della media nazionale, così come per il 2012 che si stabilizza sul 12%.

Anno	Maschi			Femmine			Totali		
	Decessi	Popolazione	Tasso	Decessi	Popolazione	Tasso	Decessi	Popolazione	Tasso
2006	1742	156154,5	1115,562	1680	164336	1022,296	3422	320490,5	1067,738
2007	1696	156052,5	1086,814	1665	164403,5	1012,752	3361	320456	1048,818
2008	1819	156109,5	1165,208	1651	164707	1002,386	3470	320816,5	1081,615
2009	1671	155935,5	1071,597	1729	164576,5	1050,575	3400	320512	1060,803
2011	1785	154111	1158,256	1797	162351,5	1106,858	3582	316462,5	1131,888
2010	1707	155755	1095,952	1730	164249,5	1053,276	3437	320004,5	1074,047
2012	1748	152706	1144,683	1823	160537	1135,564	3571	313243	1140,01

Mortalità per cause e genere in Italia. N. decessi e tassi specifico ANNO 2012

Causa	Maschi			Decessi	Femmine		Decessi	Totali	
	Patologia	Decessi	Popolazione		Tasso	Popolazione		Tasso	Popolazione	Tasso
Infettive	6089	28808098	21,136	6352	30731619	20,669	12441	59539717	20,895
tumori	99368	28808098	344,931	77266	30731619	251,422	176634	59539717	296,666
diabete	9238	28808098	32,067	12229	30731619	39,793	21467	59539717	36,055
d.psichici	5567	28808098	19,324	11746	30731619	38,221	17313	59539717	29,078
nervoso	10340	28808098	35,893	14547	30731619	47,336	24887	59539717	41,799
circolatorio	98891	28808098	343,275	130081	30731619	423,281	228972	59539717	384,57
respiratorio	23508	28808098	81,602	19798	30731619	64,422	43306	59539717	72,735
digerente	11388	28808098	39,531	11858	30731619	38,586	23246	59539717	39,043
genitourinario	5585	28808098	19,387	6352	30731619	20,669	11937	59539717	20,049
malform.	676	28808098	2,347	610	30731619	1,985	1286	59539717	2,16
traum. avv.	13244	28808098	45,973	9847	30731619	32,042	23091	59539717	38,783

Mortalità per cause e genere in Molise. N. decessi e tassi specifico ANNO 2011

Patologia	Maschi			Femmine			Totali		
	Decessi	Popolazione	Tasso	Decessi	Popolazione	Tasso	Decessi	Popolazione	Tasso
Infettive	18	154111	11,68	13	162351,5	8,007	31	316462,5	9,796
Tumori totali	522	154111	338,717	374	162351,5	230,364	896	316462,5	283,13
Diabete mellito	68	154111	44,124	77	162351,5	47,428	145	316462,5	45,819
Disturbi psichici	34	154111	22,062	44	162351,5	27,102	78	316462,5	24,647
Malattie del sistema nervoso	48	154111	31,146	59	162351,5	36,341	107	316462,5	33,811
Malattie del Sistema Circolatorio	682	154111	442,538	849	162351,5	522,939	1531	316462,5	483,786
Malattie del sistema respiratorio	142	154111	92,141	101	162351,5	62,211	243	316462,5	76,786
Malattie dell'apparato genitourinario	42	154111	27,253	40	162351,5	24,638	82	316462,5	25,911
Malformazioni congenite	0	154111	0	2	162351,5	1,232	2	316462,5	0,632
Traumatismi, avvelenamenti e altre conseguenze.	95	154111	61,644	61	162351,5	37,573	156	316462,5	49,295
Malattie dell'apparato digerente	74	154111	48,017	93	162351,5	57,283	167	316462,5	52,771
TOTALE	1725	154111	1119,322	1713	162351,5	1055,118	3438	316462,5	1086,384

Mortalità per cause e genere in Molise. N. decessi e tassi specifico ANNO 2012

Classi	Maschi			Femmine			Totali		
	Decessi	Popolazione	Tasso	Decessi	Popolazione	Tasso	Decessi	Popolazione	Tasso
Tumori totali	463	152706	303,197	358	160537	223,002	821	313243	262,097
Diabete mellito	55	152706	36,017	71	160537	44,227	126	313243	40,224
Disturbi psichici	27	152706	17,681	45	160537	28,031	72	313243	22,985
Malattie del sistema nervoso	76	152706	49,769	72	160537	44,849	148	313243	47,248
Malattie del Sistema Circolatorio	679	152706	444,645	874	160537	544,423	1553	313243	495,781
Malattie del sistema respiratorio	150	152706	98,228	100	160537	62,291	250	313243	79,81
Malattie dell'apparato genitourinario	32	152706	20,955	33	160537	20,556	65	313243	20,751

Malformazioni congenite	1	152706	0,655	3	160537	1,869	4	313243	1,277
Traumatismi, avvelenamenti e altre conseguenze.	83	152706	54,353	76	160537	47,341	159	313243	50,759
Malattie infettive e parassitarie	28	152706	18,336	18	160537	11,212	46	313243	14,685
Malattie dell'apparato digerente	96	152706	62,866	73	160537	45,472	169	313243	53,952
TOTALE	1690	152706	1106,702	1723	160537	1073,273	3413	313243	1089,569

Mortalità per cause e genere in Molise. N. decessi e tassi stand. Anno 2012

Causa	Maschi			Femmine			Totali		
	Decessi	Popolazione	Tasso	Decessi	Popolazione	Tasso	Decessi	Popolazione	Tasso
Mortalità generale	1748	152706	1144,683	1823	160537	1135,564	3571	313243	1140,01
Tumori totali	463	152706	303,197	358	160537	223,002	821	313243	262,097
Tumori maligni trachea, bronchi, polmone	82	152706	53,698	28	160537	17,441	110	313243	35,117
Tumori maligni della mammella	1	152706	0,655	58	160537	36,129	59	313243	18,835
Tumori maligni del colon-retto	55	152706	36,017	44	160537	27,408	99	313243	31,605
Tumori maligni dello stomaco	32	152706	20,955	25	160537	15,573	57	313243	18,197
Tumore maligno dell'utero	0	152706	0	19	160537	11,835	19	313243	6,066
Tumore maligno della prostata	38	152706	24,884	0	160537	0	38	313243	12,131
Tumore maligno della vescica	23	152706	15,062	5	160537	3,115	28	313243	8,939
Tumori m. del t. linfatico ed ematopoietico	8	152706	5,239	13	160537	8,098	21	313243	6,704
Leucemie	18	152706	11,787	11	160537	6,852	29	313243	9,258
Malattie del sistema circolatorio	679	152706	444,645	874	160537	544,423	1553	313243	495,781
Cardiopatie ischemiche	257	152706	168,297	267	160537	166,317	524	313243	167,282
Malattie cerebrovascolari	150	152706	98,228	239	160537	148,875	389	313243	124,185
Diabete mellito	55	152706	36,017	71	160537	44,227	126	313243	40,224
Malattie del sistema respiratorio	150	152706	98,228	100	160537	62,291	250	313243	79,81
Influenza	0	152706	0	0	160537	0	0	313243	0

Polmonite	21	152706	13,752	17	160537	10,589	38	313243	12,131
Asma	2	152706	1,31	1	160537	0,623	3	313243	0,958
Malattie dell'apparato digerente	96	152706	62,866	73	160537	45,472	169	313243	53,952
Malattie epatiche croniche	35	150413,5	23,269	21	158318	13,264	56	308731,5	18,139
Malformazioni congenite	1	152706	0,655	3	160537	1,869	4	313243	1,277
Malattie infettive e parassitarie	28	152706	18,336	18	160537	11,212	46	313243	14,685
Tubercolosi	1	152706	0,655	1	160537	0,623	2	313243	0,638
AIDS	4	152706	2,619	0	160537	0	4	313243	1,277
Malattie dell'apparato genitourinario	32	152706	20,955	33	160537	20,556	65	313243	20,751
Malattie del sistema nervoso	76	152706	49,769	72	160537	44,849	148	313243	47,248
Disturbi psichici	27	152706	17,681	45	160537	28,031	72	313243	22,985
Cause esterne – Traumatismi	83	152706	54,353	76	160537	47,341	159	313243	50,759
Accidenti da trasporto	15	152706	9,823	2	160537	1,246	17	313243	5,427
Autolesione intenzionale (suicidi)	16	152706	10,478	3	160537	1,869	19	313243	6,066

Mortalità per Incidenza di Patologie per fasce di Età – Anno 2011

PATOLOGIA	ETA'	MASCHI		FEMMINE		TOTALI	
		DECESSI	POPOLAZIONE	DECESSI	POPOLAZIONE	DECESSI	POPOLAZIONE
tumori	0-4	0	6302	0	5874	0	12176
tumori	5-14	3	14048		13193,5	3	27241,5
tumori	15-44	14	60619	19	59093,5	33	119712,5
tumori	45-64	86	43439	61	44103	147	87542
tumori	65-84	314	26122,5		32678		58800,5
tumori	85-oltre	112	3580,5	91	7409,5	203	10990
circolatorio	0-4	0	6302		5874		12176
circolatorio	5-14	0	14048		13193,5		27241,5
circolatorio	15-44	13	23136	12	23107,5	25	46243,5
circolatorio	45-64	55	43439	17	44103	72	87542
circolatorio	65-74	77	14664	42	16478	119	31142
circolatorio	75-84	255	11458,5	234	16200	489	27658,5
circolatorio	85-oltre	286	3580,5	548	7409,5	834	10990
respiratorio	0-4	0	6302	0	5874	0	12176
respiratorio	5-14	0	14048	0	13193,5	0	27241,5
respiratorio	15-44	3	60619	3	59093,5	6	119712,5
respiratorio	60-64	10	43439	3	44103	13	87542
respiratorio	65-84	63	26122,5	42	32678	105	58800,5
respiratorio	85-oltre	71	3580,5	59	7409,5	130	10990

Mortalità per incidenza di patologie per fasce di Età – Anno 2012

PATOLOGIA	ETA'	MASCHI		FEMMINE		TOTALI	
		DECESSI	POPOLAZIONE	DECESSI	POPOLAZIONE	DECESSI	POLOPAZIONE
tumori	0-4	0	6196	0	5782	0	11978
tumori	4-14	0	13836,5	0	12948,5	0	26785
tumori	15-44	8	59167	13	57405,5	21	116572,5
tumori	45-64	88	43479	60	44341,5	148	87820,5
tumori	65-74	122	68400	65	70961,5	187	139361,5
tumori	75-84	172	87122,5	111	95446	283	182568,5
tumori	85-oltre	74	3693,5	110	7687	184	11380,5
circolatorio	0-4	0	6196		5782	0	11978
circolatorio	5-14	0	13836,5	0	12948,5	0	26785
circolatorio	15-44	7	59167	9	57405,5	16	116572,5
circolatorio	45-74	128	58396,5	64	60743	192	119139,5
circolatorio	75-84	233	11416,5	256	15971	489	27387,5
circolatorio	85-oltre	311	3693,5	549	7687	860	11380,5
respiratorio	0-4	0	6196	0	5782	0	11978
respiratorio	5-14	0	13836,5	0	12948,5	0	26785
respiratorio	15-44	9	59167	0	57405,5	9	116572,5
respiratorio	45-64	9	43479	9	44341,5	18	87820,5
respiratorio	65-84	72	26334	36	32372,5	108	58706,5
respiratorio	85-oltre	68	3693,5	62	7687	130	11380,5

B1. a 2) Quadro demografico

La popolazione totale residente in Regione, secondo i dati ISTAT a Ottobre 2015, risulta pari a 313.348 unità, distribuita su 136 comuni e rappresenta circa lo 0,051% della popolazione residente in Italia con un densità abitativa media di 70 abitanti per chilometro quadrato, una tra le più basse di tutta la penisola se la confrontiamo con la densità abitativa in Italia che è di 197 abitanti per kmq.

La densità abitativa è molto più elevata nella provincia capoluogo di regione, 77,43 ab./km², rispetto alla provincia di Isernia, 56,56 ab./km².

La popolazione residente in Molise si distribuisce per il 72,2% nella provincia di Campobasso e per il restante 27,8% nella provincia di Isernia.

N.	Regione	Popolazione residenti	Superficie km ²	Densità abitanti/km ²	Numero Comuni	Numero Province
1.	Campania	5.861.529	13.670,95	429	550	5
2.	Lombardia	10.002.615	23.863,65	419	1.530	12
3.	Lazio	5.892.425	17.232,29	342	378	5
4.	Liguria	1.583.263	5.416,21	292	235	4
5.	Veneto	4.927.596	18.407,42	268	579	7
6.	Puglia	4.090.105	19.540,90	209	258	6
7.	Em.-Romagna	4.450.508	22.452,78	198	340	9
8.	Sicilia	5.092.080	25.832,39	197	390	9
9.	Piemonte	4.424.467	25.387,07	174	1.206	8
10.	Marche	1.550.796	9.401,38	165	236	5
11.	Toscana	3.752.654	22.987,04	163	279	10

12.	Friuli VG	1.227.122	7.862,30	156	216	4
13.	Calabria	1.976.631	15.221,90	130	409	5
14.	Abruzzo	1.331.574	10.831,84	123	305	4
15.	Umbria	894.762	8.464,33	106	92	2
16.	Trentino-AA	1.055.934	13.605,50	78	326	2
17.	Molise	313.348	4.460,65	70	136	2
18.	Sardegna	1.663.286	24.100,02	69	377	8
19.	Basilicata	576.619	10.073,32	57	131	2
20.	V. d'Aosta	128.298	3.260,90	39	74	1
Totale		60.795.612	302.072,84	201	8.047	110

L'andamento demografico in regione negli anni precedenti alla rilevazione del 2015 può essere riassunto nel modo seguente:

Dati popolazione ai censimenti dal 1861 al 2015

<i>Censimento</i>			<i>Popolazione residenti</i>	<i>Var %</i>
<i>num.</i>	<i>anno</i>	<i>data rilevamento</i>		
1°	1861	31 dicembre	355.138	-
2°	1871	31 dicembre	374.415	+5,4%
3°	1881	31 dicembre	381.712	+1,9%
4°	1901	10 febbraio	394.953	+3,5%
5°	1911	10 giugno	396.070	+0,3%
6°	1921	1 dicembre	382.653	-3,4%
7°	1931	21 aprile	377.304	-1,4%
8°	1936	21 aprile	388.268	+2,9%
9°	1951	4 novembre	406.823	+4,8%
10°	1961	15 ottobre	358.052	-12,0%
11°	1971	24 ottobre	319.807	-10,7%
12°	1981	25 ottobre	328.371	+2,7%
13°	1991	20 ottobre	330.900	+0,8%
14°	2001	21 ottobre	320.601	-3,1%
15°	2011	9 ottobre	313.145	-2,2%
16°	2013	31 dicembre	314.725	+0,31
17	2015	31 dicembre	313.348	-0,43

Dal prospetto sopra indicato si può notare che i grandi flussi di emigrazione degli anni '60 e '70 del secolo scorso, hanno determinato una forte riduzione della popolazione, mentre nella fase attuale la parziale risalita è da attribuire principalmente agli arrivi di popolazioni extra-comunitarie provenienti dall'Africa e dall'area balcanica.

Come si evince dalla successiva tabella, attualmente, circa il 49% della popolazione molisana risiede in zone di montagna e mentre la restante parte in ambiti collinari. Dei suoi 136 Comuni, 123 sono situati in zone montuose. Ne consegue un isolamento dei centri abitati minori ed una forte difficoltà al raggiungimento dei centri maggiori per la fruizione dei servizi.

Popolazione residente per zona altimetrica della provincia - Censimento 2015

PROVINCE	POPOLAZIONE RESIDENTE IN COMUNI DI				PERCENTUALE DI POPOLAZIONE RESIDENTE IN COMUNI DI			
	Montagna	Collina	Pianura	Totale	Montagna	Collina	Pianura	Totale
Isernia	34.445	38.647	13.736	86.828	23,5	43,80	17,60	27,70
Campobasso	112.615	49.571	64.334	226.520	76,5	56,20	82,40	72,30

Totale	147.060	49.571	78.070	313.348	100	100	100	100
---------------	----------------	---------------	---------------	----------------	------------	------------	------------	------------

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

Campobasso con 49.434 ab., Termoli con 33.576 ab. e Isernia con 21.981 ab., mentre il 64,7% è residente in comuni fino a 5.000 abitanti.

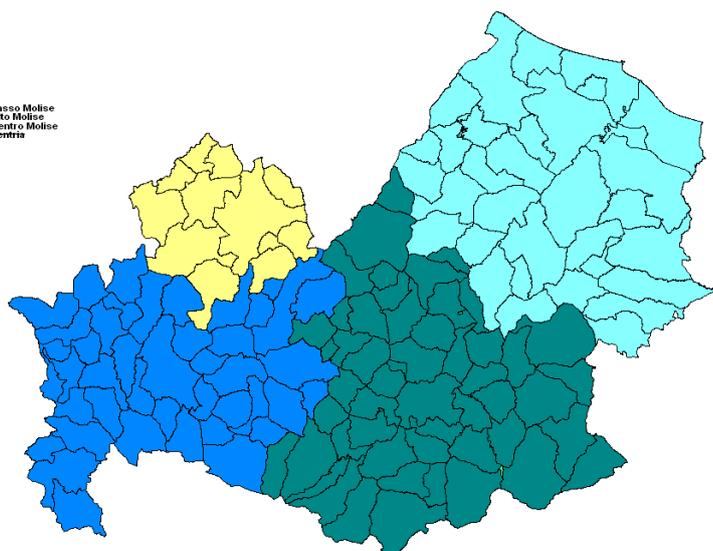
Popolazione residente per classe di ampiezza demografica dei comuni. Dettaglio fino a 5.000 abitanti - Censimento 2015

PROVINCE	Fino a 500	501 - 1.000	1.001 - 2.000	2.001 - 3.000	3.001 - 4.000	4.001 - 5.000	Fino a 5.000	
							Valori assoluti	%
Isernia	3.226	14.434	17.004	9.478	3.185	-	47.327	15,1 %
Campobasso	3.503	17.688	35.597	14.849	17.229	14.057	102.923	32,8%
Totale	6.729	32.122	52.601	24.327	20.414	14.057	150.250	47,9%

L'ASREM, coincidente con il territorio della Regione Molise, è suddivisa in 4 aree omogenee facenti

capo agli attuali 4 presidi ospedalieri esistenti. L'intero territorio, inoltre, relativamente all'assistenza sanitaria territoriale è suddivisa in 3 Distretti Sanitari.

■ Basso Molise
■ Alto Molise
■ Centro Molise
■ Pentria



Il distretto di Campobasso – Bojano - Riccia, con una superficie di 1.810,28 Km², 51 comuni e una popolazione di 124.617 abitanti ed è il Distretto socio sanitario più grande della ASReM.

Seguono il distretto di Termoli – Larino con 101.903 ab. ed infine Isernia – Venafro –

Agnone, con 86.828 ab.

L'Area Omogenea dell'Alto Molise, è la più piccola, con 12.055 abitanti concentrati per la massima parte nel centro cittadino di Agnone (5.125 ab), la più grande è quella del Centro Molise con 139.232 abitanti.

Aree omogenee	Distretti Sanitari	Numero di comuni	Superficie in Km ²	Densità ab. per Km ²
1 Alto Molise	1	12	415,56	29
2 Pentria	2	40	1.119,68	67,78
3 Centro Molise	3	51	1.810,28	76,9

4 Basso Molise	2	33	1.387,84	72,3
----------------	---	----	----------	------

Si tratta in effetti di zone territoriali con densità di popolazione molto bassa, quasi la metà di quella nazionale, residente principalmente in piccoli centri sparsi sul territorio regionale.

Analizzando i dati relativi alla popolazione residente distribuita per i tre Distretti Sanitari della Regione Molise, si nota ancora di più la disomogeneità, come mostra la tabella successiva:

Denominazione Distretto Sanitario	N° di Comuni per D.S.	Popolazione residente	Popolazione residente in %
Campobasso-Bojano-Riccia	51	124.617	40%
Isernia-Venafro-Agnone	52	86.828	28%
Larino - Termoli	33	101.903	33%
Molise	136	313.348	100%

Popolazione per fasce di età

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 (23,4% rispetto alla media nazionale del 21,7%), dall'altro, una equiparazione con la media nazionale della popolazione giovane (15/64 anni), che si stabilisce sul 64,7%, in pari percentuale con la media nazionale che risulta essere pari al 64,5%. Ne consegue che la programmazione sanitaria debba tenere conto di queste peculiarità.

Dall'analisi dei diversi indicatori di crescita, in Molise per il 2015 si stima un tasso di natalità (per mille abitanti) pari al 7%, di gran lunga inferiore a quello di riferimento nazionale che si stima sull'8,3%, ed un tasso di mortalità pari a circa l'12,4% rispetto a quello nazionale pari al 9,3%. Il Molise, di conseguenza, presenta un tasso di crescita decisamente negativo rispetto a tutte le altre parti del paese e rispetto alla media nazionale (-4,4% rispetto alla media nazionale di 0,2%).

TIPO DI INDICATORE	ANNO											
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
tasso di natalità	8	7.9	7.7	7.9	7.9	7.5	8	7.6	7.4	7.2	7	7
tasso di mortalità	10.8	11.2	11.3	10.8	11.2	11	11	11.6	11.6	11.3	11.3	12,4
crescita naturale	-2.8	-3.2	-3.6	-2.9	-3.3	-3.5	-3	-4	-4.1	-4.1	-4.3	..
tasso di nuzialità	4.3	4.3	4	3.8	3.8	3.6	3.5	3.1	2.9	2.9	^(e) 3.2	..
saldo migratorio interno	-1.7	-2.6	-1.8	-2	-1.6	-1.8	-2.7	-0.6	-0.2	-1.5	-2	..
saldo migratorio con l'estero	2.5	2.1	1.9	6.3	2.7	0.9	1.9	1.1	1.8	1.5	1.1	..
saldo migratorio per altro motivo	..	..	..	..	..	..	..	..	3.2	8.6	0.8	..
saldo migratorio totale	0.7	-0.5	0.1	4.3	1.1	-1	-0.7	0.5	4.8	8.5	-0.1	..
tasso di crescita totale	-2.1	-3.7	-3.4	1.4	-2.2	-4.5	-3.8	-3.5	0.6	4.4	-4.4	..

numero medio di figli per donna	1.14	1.15	1.14	1.18	1.19	1.14	1.24	1.19	1.18	1.17	(e) 1.19	..
speranza di vita alla nascita - maschi	77.3	77.7	77.8	78.8	78.1	78.9	79	79.1	79.5	79.7	(e) 79.6	..
speranza di vita a 65 anni - maschi	17.6	17.2	17.5	18.1	17.8	18.4	18.5	18.5	18.6	19	(e) 18.5	..
speranza di vita alla nascita - femmine	83.6	83.7	83.6	84.3	84.2	84.4	84.3	84.2	84.5	84.6	(e) 84.9	..
speranza di vita a 65 anni - femmine	21.3	21.2	21.4	21.7	21.8	21.9	22.1	21.8	22.1	22.3	(e) 22.6	..
popolazione 0-14 anni al 1° gennaio (valori percentuali) - al 1° gennaio	13.8	13.6	13.4	13.2	13	12.8	12.6	12.6	12.5	12.3	12.1	11.9
popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio	64.7	64.6	64.6	64.7	65.1	65.3	65.4	65.5	65.3	65.2	65	64.7
popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio	21.5	21.8	22.1	22.1	22	21.9	22	22	22.2	22.5	22.9	23.4
indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) al 1° gennaio	54.5	54.7	54.9	54.5	53.7	53.2	53	52.7	53.1	53.4	53.8	54.5
indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio	33.2	33.7	34.2	34.1	33.8	33.6	33.6	33.6	34	34.6	35.2	36.1
indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio	155.9	160.7	164.9	167.8	169.7	171.1	173.8	175.1	178.3	183.3	189.3	196
età media della popolazione - al 1° gennaio	43	43.3	43.5	43.8	44	44.2	44.5	44.7	44.9	45.2	45.5	45.8

Che la popolazione molisana sia interessata da un graduale e costante invecchiamento è determinato anche dal trend decrescente del tasso di natalità, passando in soli quattro anni dal 8,9% al 7% su mille abitanti, rispetto alla media nazione, che si stabilizza, rispetto agli stessi anni dal 9,3% al 12,4%, come illustrato nella tabella successiva.

Nord – Centro – Sud - Isole

ANNO	TASSO DI NATALITA' (per mille abitanti)	TASSO DI MORTALITA' (per mille abitanti)
2010	9.4	9.1
2011	9.2	9.3
2012	8.9	9.5
2013	8.5	9.3
2014	8.3	9.3
2015	7,0	12,4

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, anche se non in controtendenza rispetto all'andamento demografico nazionale, è caratterizzato da un indice di vecchiaia e da un'età media della popolazione più alti di quelli del resto del paese.

Anche i dati che descrivono la struttura per età della popolazione si discostano molto dalla media nazionale, con la tendenza ad un maggiore invecchiamento della popolazione, ci sono in Molise l'11,7 % di bambini, contro il 13,8 % nazionale, mentre la popolazione con più di 65 anni è pari al 23,4% a fronte del 21,7% del Paese.

MOLISE popolazione per età

Anno 1° gennaio	0-14 anni	15-64 anni	65+ anni	Indice vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale
2002	45.900	206.815	67.752	147,6	55,0
2003	45.118	207.361	68.568	152,0	54,8
2004	44.281	208.305	69.111	156,1	54,4
2005	43.642	208.288	70.023	160,4	54,6
2006	42.848	207.563	70.496	164,5	54,6
2007	42.001	207.539	70.534	167,9	54,2
2008	41.372	209.175	70.291	169,9	53,4
2009	40.844	209.821	70.130	171,7	52,9
2010	40.228	209.812	70.189	174,5	52,6
2011	39.828	209.928	70.024	175,8	52,3
2012	39.007	204.581	69.557	178,3	53,1
2013	38.519	204.205	70.617	183,3	53,4
2014	38.042	204.686	71.997	189,3	53,8
2015	37.341	202.824	73.183	199,8	54,2

Provincia	%0-14	%15-64	%+65	Ind. Vecchiaia	Ind. Dipendenza
1 Campobasso	12,1	64,6	23,3	191,8	54,9
2 Isernia	11,3	65,1	23,6	207,8	53,6
MEDIA	11,7	64,8	23,4	199,8	54,2

Distribuzione della popolazione 2015 – Molise

ETA'	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	
	%	%	VALORE	%
0-4	51,9%	48,1%	11.491	3,7%
5-9	51,9%	48,1%	12.423	4,0%
10-14	51,5%	48,5%	13.427	4,3%
15-19	51,5%	48,5%	14.854	4,7%
20-24	51,7%	48,3%	17.013	5,4%
25-29	51,6%	48,4%	18.252	5,8%
30-34	51,1%	48,9%	19.021	6,1%
35-39	51,2%	48,8%	20.850	6,7%

40-44	50,1%	49,9%	22.633	7,2%
45-49	49,3%	50,7%	24.416	7,8%
50-54	50,1%	49,9%	23.884	7,6%
55-59	49,3%	50,7%	21.806	7,0%
60-64	49,2%	50,8%	20.095	6,4%
65-69	49,5%	50,5%	18.858	6,0%
70-74	47,1%	52,9%	14.064	4,5%
75-79	43,7%	56,3%	15.159	4,8%
80-84	40,7%	59,3%	12.699	4,1%
85-89	34,5%	65,5%	7.972	2,5%
90-94	29,0%	71,0%	3.660	1,2%
95-99	25,7%	74,3%	641	0,2%
100+	20,8%	79,2%	130	0,0%
Totale	48,9%	51,1%	313.348	

Legati alla struttura per età della popolazione sono, l'indice di vecchiaia che per il Molise nel periodo 2010-2015 è passato dal 174,5 % del 2010, ad un valore medio pari al 199,8 % nel 2015 a fronte del 151,4 % nazionale e l'indice di Dipendenza strutturale con un valore medio nel periodo, pari al 54,2 % a fronte del 54,6% nazionale.

Il maggior numero di "supervecchi", cioè di persone con più di settantacinque anni, sono presenti nell'area dell'Alto Molise con un tasso di 15,95% contro una media delle altre aree di circa il 10%.

B1. a 3) Quadro socio-economico

Riguardo ai **livelli di istruzione**, si osserva che:

- Il Tasso di scolarità (calcolato come rapporto tra gli iscritti alla scuola secondaria di secondo grado e la popolazione di 14-18 anni, può assumere valori superiori a 100 per la presenza di ripetenze, anticipi di frequenza o di studenti residenti in altre regioni) nel Molise è pari 101,6, rispetto a quello dell'Italia che si stabilizza intorno al 93,1.
- Tasso di partecipazione al sistema di istruzione e formazione (viene calcolato rapportando il totale degli iscritti alla scuola secondaria superiore di secondo grado e ai percorsi Ifp (Istruzione e formazione professionale), alla popolazione 14-18 anni. Può assumere valori superiori a 100 per la presenza di ripetenze, anticipi di frequenza o di studenti residenti in altre regioni) nel Molise è pari 103,9, rispetto a quello dell'Italia che si stabilizza intorno al 98,8.

L'indice di possesso del diploma di scuola media superiore (diplomati giovani di 19 anni) in Molise è pari all'85% ed è leggermente superiore al dato nazionale che si stabilizza intorno al 78,5%.

Alunni di cittadinanza straniera iscritti nelle scuole molisane dell'infanzia (3,4%), primarie (3,7%) e secondarie di primo (4,6%) e secondo grado (2,9%), si discostano dal dato nazionale risultando nettamente inferiori di circa il 6%.

Il numero di iscritti negli atenei molisani (4.910 individui) rappresenta lo 0,5% del totale della popolazione universitaria nazionale. Tuttavia, riferendo il dato al numero di iscritti per la prima volta al primo anno (anno accademico 2014-2015) tale quota passa allo 0,7%, segnale di una buona dinamicità e crescita delle strutture regionali.

L'analisi **del mercato del lavoro** mostra segnali poco incoraggianti, rappresentati da una situazione occupazionale che riflette la storica incapacità del sistema produttivo regionale di assorbire manodopera ed offrire occasioni di lavoro ai residenti, alla quale si sovrappongono elementi congiunturali rappresentati dai rallentamenti dell'economia reale, che determinano ricadute anche a livello sociale ed economico. In tale contesto, il grado di inclusione delle donne nel mondo del lavoro e dell'imprenditoria è ancora molto distante dalla media nazionale.

In sintesi:

- il **tasso di occupazione** (persone occupate di età tra i 15 ed i 64 anni, calcolate come percentuale della popolazione economicamente attiva) della componente maschile è pari al 40,5 % (contro una media nazionale del 44,5%) e risulta molto più alto rispetto al tasso di occupazione della componente femminile che è pari al 25% (contro una media nazionale del 30%).
- il **tasso di disoccupazione** della componente maschile è pari al 47 % (contro una media nazionale del 50,2%) e risulta molto più alto rispetto al tasso di disoccupazione della componente femminile che è pari al 30% (contro una media nazionale del 34,5%). Anche in questo caso va inoltre sottolineato che sia il tasso di occupazione che di disoccupazione si mantiene leggermente più basso del dato nazionale ma comunque in linea rispetto a quanto rilevato su scala nazionale e nelle macroregioni Centro e Sud;
- il **tasso di inattività** della componente maschile è pari al 53 % (contro una media nazionale del 49,7%) e risulta molto più basso rispetto al tasso di inattività della componente femminile che è pari al 71% (contro una media nazionale del 65,4%).

B1a) 4 Analisi della domanda di prestazioni e delle criticità nell'accesso

La popolazione della Regione esprime una domanda di ricovero ordinario nelle strutture della regione stessa pari a 65.270 nel 2011, per un totale di 404.254 giornate di degenza e di ricoveri in regime di day hospital pari a 16.560 (26,5%).

COMUNE	DIMESSI	DEGENZA	FREQUENZA	DEG.M.
AGNONE	3023	17624	4,60%	5,8
BOJANO	8682	55969	13,30%	6,4
CAMPOBASSO	17358	103345	26,60%	6
ISERNIA	9225	62695	14,10%	6,8
LARINO	6121	39797	9,40%	6,5
TERMOLI	15110	84910	23,10%	5,6
VENAFRO	5751	39914	8,80%	6,9
TOTALE	65270	404254	100%	44%

Le cause di ricovero ospedaliero

Fra le richieste di ricovero, al primo posto con 8589 ricoveri, in regime per acuti, ed una percentuale sul totale del 13.40% ritroviamo le "Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio", seguono in ordine di frequenza:

RICHIESTE DI RICOVERO	DIMESSI	DEGENZA	FREQUENZA	DEG. M.
Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	8487	54647	13,40%	6,4
Malattie e disturbi dell'apparato muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	6939	37134	11,00%	5,4
Malattie e disturbi dell'apparato digerente	5535	31583	8,80%	5,7
Malattie e disturbi del sistema nervoso	4024	25520	6,40%	6,3
Gravidanza, parto e puerperio	4029	15025	6,40%	3,7
Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	3711	20165	5,90%	5,4
Malattie e disturbi dell'occhio	3530	6305	5,60%	1,8
Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	3123	26629	4,90%	8,5
Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	3017	10272	4,80%	3,4
Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	2936	19522	4,70%	6,6
Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	2675	7803	4,20%	2,9
Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	2238	18403	3,50%	8,2
Malattie del periodo perinatale	2145	9767	3,40%	4,6
Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	2076	8266	3,30%	4
Altre MDC	8664	54158		

Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio

RICHIESTE DI RICOVERO	DIMESSI	DEGENZA	FREQUENZA	DEGENZA MEDIA
Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	8487	54647	13,40%	6,4
PASSIVA	1234	7233	5,9	1,57
REGIONALE	7253	47414	6,5	1,13

Con il 13,40% sul totale del 2011 costituiscono la principale causa di ricovero in ambiente ospedaliero, soddisfatta per circa l'85,50% dalle strutture regionali, hanno richiesto per il 73,50% dei casi un ricovero di tipo medico, ordinario nel 84,10%. Come da attesa più del 63% dei ricoveri sono da riferire all'età presenile e senile che con 3584 ricoveri detiene la prevalenza assoluta, seguono l'età adulta e giovane-adulta, mentre bassa rimane il numero dei ricoveri nelle classi prescolare e adolescenziale, anche se in quest'ultime, trattasi prevalentemente di interventi di tipo chirurgico ed ad alta complessità.

Le categorie di diagnosi maggiore sono rappresentate:

- per il 13,4% da disturbi dell'apparato cardiocircolatorio;
- per l'8,8% da disturbi dell'apparato digerente;
- per il 11% da disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo;
- per l'6,4% da disturbi del sistema nervoso;

- per il 5,6% da disturbi dell'occhio;
- per il 4,8% da disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola;
- per il 4,9 % da disturbi dell'apparato respiratorio;
- per il 4,7% da disturbi del rene e delle vie urinarie;
- per il 3,3 % da disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici;
- per il 5,9 % da disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate.

I ricoveri ad elevato rischio di inappropriatelyzza, quando erogati in regime di ricovero ordinario (LEA), sono pari al 16% dei ricoveri totali.

I ricoveri ordinari ripetuti sono pari al 29% di tutti i ricoveri ordinari (il 23% dei pazienti ha effettuato almeno 1 ricovero ripetuto) e vengono descritti per MDC mostrando le percentuali più elevate nelle patologie cardiocircolatorie, nella gravidanza e nelle patologie oncologiche, infatti i ricoveri ripetuti sono rappresentati soprattutto dallo scompenso cardiaco, minaccia di aborto, chemioterapia e psicosi.

I DRG Medici rappresentano il 72% e quelli Chirurgici circa il 28%.

I primi 30 DRG rappresentano il 40% dei ricoveri.

Le fasce di durata della degenza nelle giornate tra 1 e 5 comprendono circa il 56% di tutti i ricoveri che sono caratterizzati da una bassa età media e una concentrazione di over 65 anni intorno al 30%. Al tempo stesso, questi ricoveri presentano bassa complessità (peso inferiore a 1 e patologie concomitanti per caso tra 1 e 2) e, in particolare, una percentuale di ricoveri LEA molto elevata.

All'aumentare della degenza con una durata superiore a 6 giornate, si assiste ad un aumento dell'età media e della percentuale over 65 anni che diventa più del 60-70% di tutti i ricoveri.

Si rileva, inoltre, che in questi ricoveri "brevi" si concentra quasi il 50% di tutte le procedure/interventi effettuati.

La complessità degli stessi cresce fino a raddoppiare nella fascia oltre a 15 giornate insieme alle patologie concomitanti per caso e, contemporaneamente, crollano i ricoveri LEA.

Per quanto riguarda i ricoveri in regime di day hospital, nel 39% dei casi si tratta di pazienti over 65 anni e nel 19% di pazienti over 75 anni.

B1a) 5. Quadro della mobilità attiva e passiva (intra ed extra-Regionale)

PREMESSA

La mobilità sanitaria muove complessivamente circa 4.000 milioni di euro e per alcune Regioni è una quota rilevante del proprio volume di attività. Per alcuni territori il saldo è marcatamente positivo (Lombardia, Emilia-Romagna), mentre per altre Regioni è decisamente negativo (Campania, Calabria e Sicilia).

Dai dati, appare evidente la tendenza che porta i pazienti a spostarsi dal Sud al Nord del Paese, con saldi positivi per il Nord e negativi per le Regioni del Sud, con conseguente aumento della variabilità nei finanziamenti fra le Regioni.

Guardando poi alle tipologie di attività per le quali ci si sposta da una Regione all'altra, si osserva che negli anni il ricovero ospedaliero è comunque la ragione prevalente, seguita dall'attività ambulatoriale e da quella farmaceutica.

Fondo Sanitario Nazionale Anno 2015

Matrice Mobilità Interregionale 2013

Riepilogo Crediti, Debiti e Saldi

FLUSSI STANDARD ANNO 2013 (con OPBG e ACISMOM)

	CREDITI	DEBITI	SALDI
PIEMONTE	218.261.671	248.873.142 -	30.611.471
VALLE D'AOSTA	11.132.672	20.465.363 -	9.332.691
LOMBARDIA	869.130.381	327.318.000	541.812.381
P.A. BOLZANO	32.389.378	24.299.471	8.089.907
P.A. TRENTO	44.980.799	62.848.230 -	17.867.431
VENETO	315.775.090	231.083.338	84.691.752
FRIULI V. GIULIA	98.962.733	72.087.340	26.875.393
LIGURIA	126.963.013	187.652.061 -	60.689.048
EMILIA ROMAGNA	565.832.336	234.735.996	331.096.340
TOSCANA	309.840.784	171.278.184	138.562.600
UMBRIA	100.019.498	89.160.098	10.859.400
MARCHE	112.629.934	141.958.608 -	29.328.674
LAZIO	291.842.453	482.334.812 -	190.492.359
ABRUZZO	99.566.674	170.722.774 -	71.156.100
MOLISE	86.927.283	58.996.430	27.930.853
CAMPANIA	117.740.712	398.773.913 -	281.033.201
PUGLIA	115.468.282	298.477.281 -	183.008.999
BASILICATA	67.297.595	98.465.583 -	31.167.988
CALABRIA	25.977.314	281.867.464 -	255.890.150
SICILIA	70.548.694	248.101.984 -	177.553.290
SARDEGNA	18.122.487	78.072.995 -	59.950.508
BAMBINO GESU'	191.097.029	-	191.097.029
ACISMOM	37.066.255	-	37.066.255
TOTALE	3.927.573.067	3.927.573.067	-

MOBILITA' SANITARIA OSPEDALIERA DELLA REGIONE MOLISE

SALDO E PASSIVA anno 2015

Analisi dell' assistenza ospedaliera

Nel procedere all' analisi della mobilità sanitaria del Molise, preliminarmente, è utile misurare l' impatto che la stessa ha, in termini di assorbimento di risorse, rispetto al livello di finanziamento del Servizio Sanitario Regionale.

Regione Molise

FONDO SANITARIO NAZIONALE ANNO 2015

Matrice Mobilità Interregionale 2013

Riepilogo Crediti, Debiti e Saldi

	FLUSSI STANDARD ANNO 2013 (con OFBG e ACISMOM)			D Riparto FSN 2015 *	Crediti Mobilità % Col A / Col D	Debiti Mobilità % Col B / Col D	Saldi Mobilità % Col C / Col D
	A CREDITI	B DEBITI	C SALDI				
PIEMONTE	218.261.671	248.873.142	- 30.611.471	7.901.744.678	2,76%	3,15%	-0,39%
VALLE D'AOSTA	11.132.672	20.465.363	- 9.332.691	222.639.625	5,00%	9,19%	-4,19%
LOMBARDIA	869.130.381	327.318.000	541.812.381	18.168.729.951	4,78%	1,80%	2,98%
P.A. BOLZANO	32.389.378	24.299.471	8.089.907	898.754.737	3,60%	2,70%	0,90%
P.A. TRENTO	44.980.799	62.848.230	- 17.867.431	917.697.919	4,90%	6,85%	-1,95%
VENETO	315.775.090	231.083.338	84.691.752	8.760.616.810	3,60%	2,64%	0,97%
FRIULI V. GIULIA	98.962.733	72.087.340	26.875.393	2.245.102.265	4,41%	3,21%	1,20%
LIGURIA	126.963.013	187.652.061	- 60.689.048	2.907.413.650	4,37%	6,45%	-2,09%
EMILIA ROMAGNA	565.832.336	234.735.996	331.096.340	8.262.811.970	6,85%	2,84%	4,01%
TOSCANA	309.840.784	171.278.184	138.562.600	6.903.399.328	4,49%	2,48%	2,01%
UMBRIA	100.019.498	89.160.098	10.859.400	1.622.982.983	6,16%	5,49%	0,67%
MARCHE	112.629.934	141.958.608	- 29.328.674	2.751.222.162	4,09%	5,16%	-1,07%
LAZIO	291.842.453	482.334.812	- 190.492.359	10.039.814.118	2,91%	4,80%	-1,90%
ABRUZZO	99.566.674	170.722.774	- 71.156.100	2.287.996.463	4,35%	7,46%	-3,11%
MOLISE	86.927.283	58.996.430	27.930.853	585.966.967	14,83%	10,07%	4,77%
CAMPANIA	117.740.712	398.773.913	- 281.033.201	9.729.759.754	1,21%	4,10%	-2,89%
PUGLIA	115.468.282	298.477.281	- 183.008.999	6.921.603.605	1,67%	4,31%	-2,64%
BASILICATA	67.297.595	98.465.583	- 31.167.988	985.991.309	6,83%	9,99%	-3,16%
CALABRIA	25.977.314	281.867.464	- 255.890.150	3.164.602.276	0,82%	8,91%	-8,09%
SICILIA	70.548.694	248.101.984	- 177.553.290	8.643.074.154	0,82%	2,87%	-2,05%
SARDEGNA	18.122.487	78.072.995	- 59.950.508	2.866.884.577	0,63%	2,72%	-2,09%
BAMBINO GESU'	191.097.029	-	191.097.029	206.355.451			
ACISMOM	37.066.255	-	37.066.255	37.321.540			
TOTALE	3.927.573.067	3.927.573.067	-	107.032.486.292			

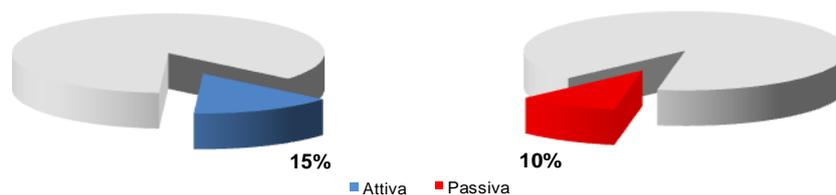
* Riparto FSN 2015 - quota indistinta. Intesa Stato Regioni del 23 dicembre 2015

Analizzando il riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale, anno 2015, determinato, altresì, sulla mobilità sanitaria 2013, anche dalla sola osservazione della percentuale [4,6%] derivante dal rapporto dei saldi di mobilità (2013) rispetto ai corrispondenti livelli regionali di finanziamento (2015), si coglie, immediatamente, l' incidenza del fenomeno mobilità sulla realtà sanitaria del Molise. L' osservazione delle specifiche voci di credito [15,6%] e debito [10,0%], rispetto al Fondo regionale, consente di comprendere in maniera ancora più evidente l' impatto, anche finanziario, che la mobilità ha sul sistema sanitario della Regione.

Regione Molise

MOBILITÀ INTERREGIONALE 2013 *versus* FONDO SANITARIO ANNO 2015

- MOLISE -



- ITALIA -

Media

(escluso: ospedale Bambino Gesù; ACISMOM)

Attiva: 4,24%

Passiva: 5,11%

- REGIONI MERIDIONALI -

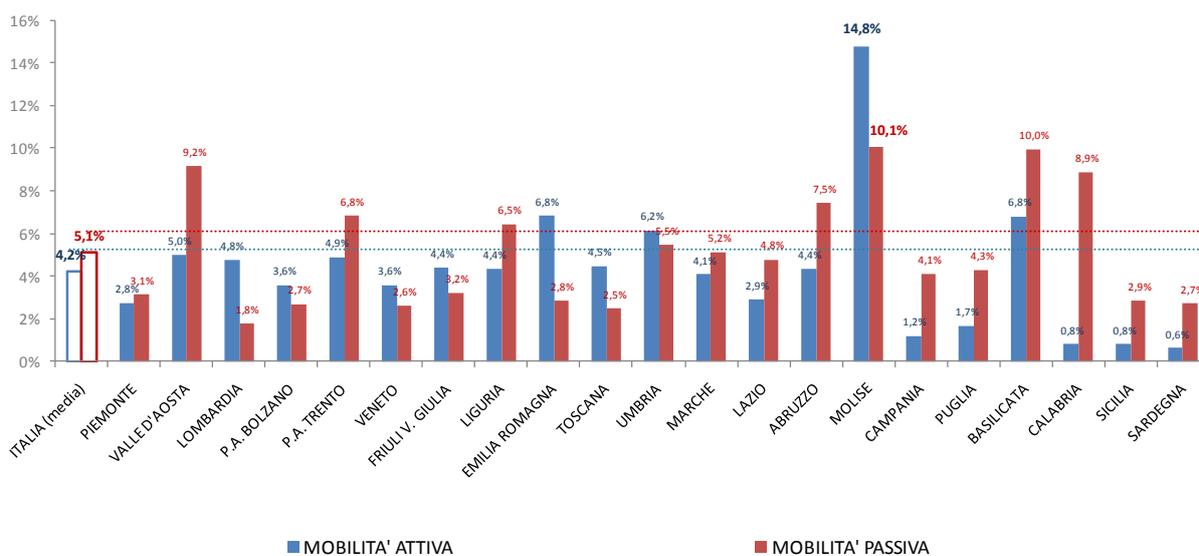
Media

(Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna;

escluso: ospedale Bambino Gesù; ACISMOM)

Attiva: 3,79%

Passiva: 6,14%



Entrando nel dettaglio delle tipologie di prestazioni che la costituiscono, la componente ospedaliera è assolutamente quella più impattante, sia sotto il profilo dei “numeri”, sia dal punto di vista sistemico. La mobilità sanitaria nelle strutture di ricovero, infatti, costituisce la componente principale del fenomeno complessivo, in termini di volumi di prestazioni erogate e, pertanto, sul lato economico, in termini di valori della produzione.

MINISTERO DELLA SANITA' Dipartimento della Programmazione

Compensazione interregionale della mobilità sanitaria

Regione addebitante : 140 - Molise

Periodo: 2012 - ANNUALE

Riepilogo dei valori finanziari delle prestazioni effettuate ai cittadini di altre regioni

								(All'interno di Euro)
REGIONE	DI PROVENIENZA	Ricoveri Ospedalieri e Day Hospital	Medicina Generale	Specialistica ambulatoriale	Farmaceutica	Somministrazione diretta Farmaci	Trasporti con elisoccorso e ambulanza	Totale
010	PIEMONTE	167.921	4.183	25.809	16.666	12.184		226.762
020	VALLE D'AOSTA	900	37	87				1.023
030	LOMBARDIA	260.789	12.162	82.523	52.481	37.249		445.203
041	P.A. BOLZANO	33.932	212	1.984	834			36.961
042	P.A. TRENTO	1.124	453	577	728	15		2.897
050	VENETO	122.518	3.460	14.402	4.632	1.591		146.603
060	FRULI VENEZIA GIULIA	9.802	1.745	9.299	2.664	340		23.849
070	LIGURIA	58.621	920	9.425	2.630	382		71.979
080	EMILIA ROMAGNA	210.378	8.833	38.093	15.487	8.181		280.971
090	TOSCANA	257.372	4.387	42.558	10.503	6.872		321.693
100	UMBRIA	194.725	1.504	29.688	5.032	3.064		233.993
110	MARCHE	87.959	2.767	71.167	4.782	2.622		169.296
120	LAZIO	10.249.151	28.930	8.015.616	124.850	369.350		18.787.897
130	ABRUZZO	4.511.230	32.879	4.830.392	90.423	147.770		9.612.694
140	MOLISE							0
150	CAMPANIA	30.602.396	28.485	9.209.496	110.008	632.069		40.582.453
160	FUGLIA	8.036.947	17.776	4.430.627	48.131	162.639		12.696.119
170	BASILICATA	440.058	1.460	98.644	4.377	2.237		546.775
180	CALABRIA	515.664	1.672	85.483	8.354	19.816		630.989
190	SICILIA	133.123	2.175	37.471	4.609	15.892		193.271
200	SARDEGNA	60.347	1.394	23.963	2.570	2.082		90.356
Totale complessivo		55.954.954	155.432	27.057.283	509.761	1.424.355	0	85.101.784

Nell' ambito dell' assistenza ospedaliera si realizza, altresì, più di ogni altra, la mobilità “tipica”, cioè quella mobilità in cui l' assistenza e le cure costituiscono la ragione predominante dello spostamento del paziente, distinguendosi, quindi, da quella mobilità sanitaria in cui la ragione principale dello spostamento è differente (lavoro, studio, vacanza).

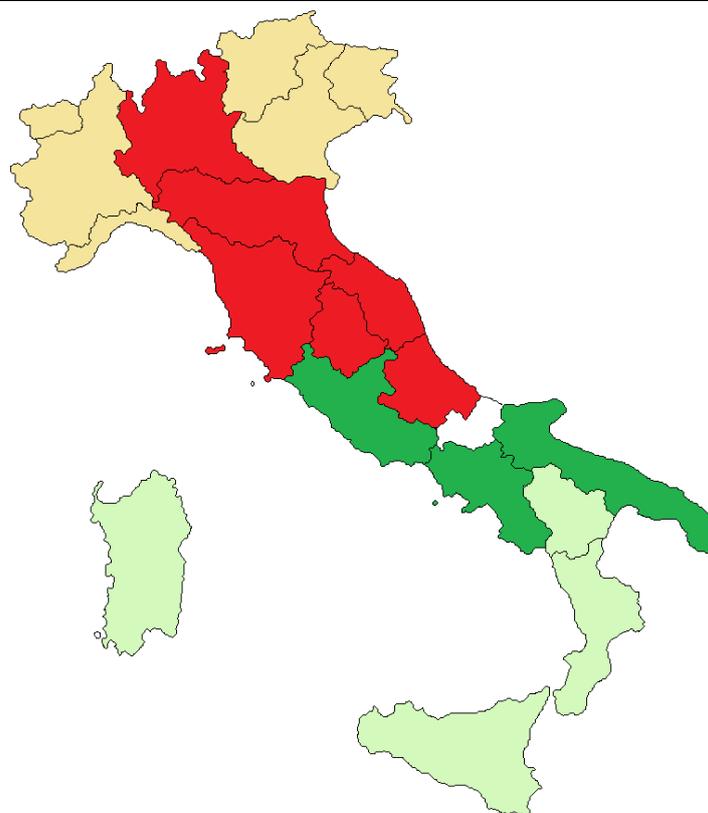
In questi termini, osservando i valori di produzione registrati dalla Regione Molise nell' anno 2012, si nota che la mobilità attiva è assorbita per circa il 9/10 dalle strutture di ricovero della regione e circa il 74% di questa afferisce l'assistenza ospedaliera. Il restante 26% della mobilità attiva del Molise in ambito ospedaliero, si costituisce per la quasi totalità dell' assistenza specialistica ambulatoriale [24%] e marginalmente dell' assistenza farmaceutica (somministrazione diretta) [2%].

Il Molise registra storicamente un saldo di mobilità positivo; si caratterizza cioè per una elevata capacità attrattiva che complessivamente risulta maggiore rispetto al proprio indice di fuga. Tale condizione costituisce una vera eccezione, tanto che, unico caso in Italia, pur avendo un saldo di mobilità positivo, la regione Molise non è svincolata dalle problematiche tipiche delle regioni del sud. La stessa, infatti, analogamente alla maggior parte delle regioni meridionali, è sottoposta al Piano di rientro dal debito sanitario, che se considerato rispetto al positivo saldo di mobilità, la rendono un caso atipico rispetto al resto della penisola.

L'analisi dei saldi della mobilità sanitaria per prestazioni di assistenza ospedaliera della Regione Molise, con riferimento al confronto con le singole Regioni italiane, consente una prima importante valutazione. Il Molise è mediamente in una posizione di credito rispetto alle regioni meridionali e di debito rispetto a quelle settentrionali.

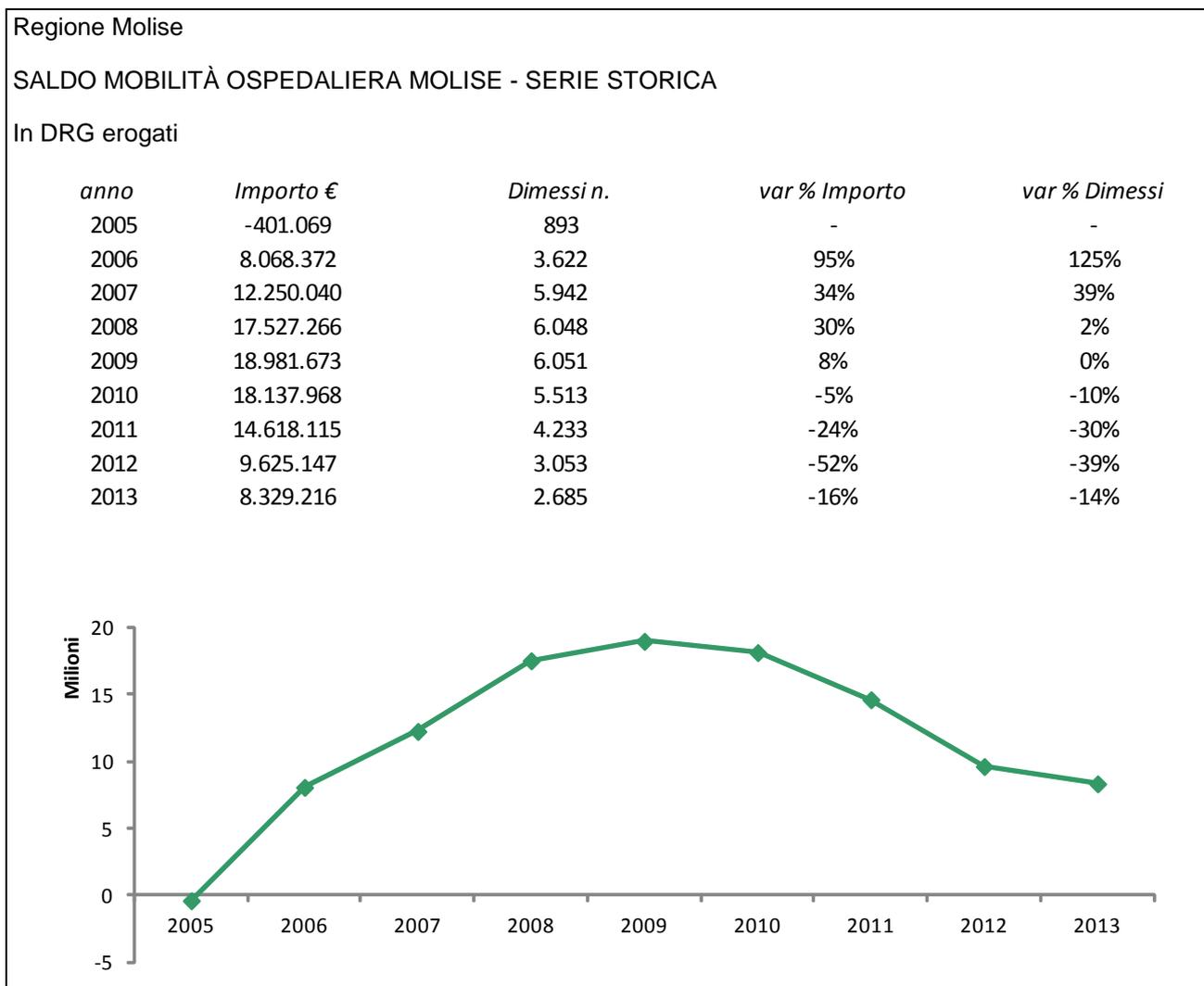
Regione Molise
SALDO MOBILITA' OSPEDALIERA MOLISE vs REGIONI ITALIANE
 In DRG erogati

Regione	saldo 2010		saldo 2011		saldo 2012		saldo 2013	
	Importo €	Dimessi n.	Importo €	Dimessi n.	Importo €	Dimessi n.	Importo €	Dimessi n.
ABRUZZO	-7.184.099,86	-1680	-7.851.469,47	-1940	-10.316.722,26	-2280	-12.005.096,57	-2808
ACISMOM LAZIO	-64.370,62	-8	-59.737,63	-7	-53.976,71	-7	-14.270,30	-1
BASILICATA	435.640,21	148	503.913,04	164	394.383,83	143	278.579,40	118
CALABRIA	613.412,82	172	569.377,44	144	388.739,58	123	459.059,98	109
CAMPANIA	28.586.854,96	7993	26.579.788,72	7322	26.736.584,28	6764	26.680.462,30	6613
EMILIA ROMAGNA	-3.782.944,65	-959	-4.090.388,41	-978	-4.302.875,30	-957	-4.510.474,39	-982
FRIULI VENEZIA GIULIA	-98.924,38	-13	-41.872,42	-12	-47.496,18	-18	17.342,70	7
LAZIO	4.518.065,51	675	3.729.690,35	583	2.009.816,07	237	4.069.148,93	499
LIGURIA	-522.669,68	-70	-153.753,91	-55	-116.415,80	-59	-434.494,28	-53
LOMBARDIA	-3.092.355,28	-484	-3.046.910,48	-488	-3.077.582,41	-411	-2.855.883,98	-402
MARCHE	-1.804.112,28	-371	-1.630.846,23	-404	-1.554.515,04	-417	-1.805.323,31	-482
OSPEDALE BAMBIN GESU'	-1.989.979,40	-1159	-1.968.355,99	-1084	-2.129.645,27	-998	-2.446.241,63	-894
P.A. BOLZANO	8.884,32	1	-7.041,68	-6	-4.481,78	0	-18.867,85	-5
P.A. TRENTO	-17.279,19	-2	-71.510,19	-12	-31.187,82	-9	-32.032,52	-12
PIEMONTE	-320.881,56	-42	-372.409,34	-45	-231.525,18	-39	-317.030,61	-58
PUGLIA	5.175.110,31	2060	4.519.897,26	1787	4.330.042,17	1771	3.556.452,04	1697
SARDEGNA	49.467,84	20	26.034,12	0	31.141,11	11	44.155,20	9
SICILIA	248.773,02	62	220.992,54	37	92.082,04	25	154.557,42	50
TOSCANA	-1.195.272,51	-430	-1.111.848,16	-423	-1.087.798,65	-385	-1.044.497,85	-317
UMBRIA	-767.082,52	-206	-638.536,47	-210	-661.660,82	-245	-800.713,31	-237
VENETO	-658.269,12	-194	-488.021,73	-141	-730.957,75	-193	-639.578,56	-162
VALLE D'AOSTA					-10.800,68	-3	-6.037,25	-4
Totale complessivo	18.137.967,94	5.813	14.618.115,37	4.233,00	9.625.147,43	3.053	8.329.215,56	2.685



■ saldo negativo ■
 ■ saldo positivo ■

L'osservazione dell'andamento storico del saldo di mobilità ospedaliera complessivo costituisce, altresì, un importante indicatore. Pur registrando, infatti, nel periodo compreso tra il 2006 e il 2013, un valore positivo, nel 2009, il trend di crescita del saldo della mobilità sanitaria ospedaliera si è arrestato, diventando decrescente a partire dal 2010.



Tale andamento è verosimilmente derivante dalle politiche sanitarie nazionali, sempre più orientante all'efficiamento del sistema e al perseguimento dell'appropriatezza. Il Patto per la Salute 2010 -2012, anche attraverso l'introduzione di forme assistenziali alternative al ricovero e l'individuazione di ulteriori DRG ad alto rischi di inappropriatezza, oltre i 43 già individuati dal DPCM 29 novembre 2001, nonché attraverso la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri, ha introdotto specifici strumenti atti alla riduzione del ricorso al ricovero in favore di forme alternative di assistenza.

Il confronto sull'andamento storico delle due voci di mobilità, rispetto alla partecipazione nella determinazione del saldo, mostra come, in valori di produzione e quindi in DRG erogati, la componente attiva sia la determinante principale.

La mobilità attiva sanitaria ospedaliera del Molise, infatti, pur attestandosi su valori superiori rispetto a quelle passiva, dal 2010 registra un tendenziale tasso di crescita negativo rispetto agli anni pregressi. Di contro, la mobilità passiva, in particolare, negli anni 2012 e 2013 mostra un sostanziale incremento.

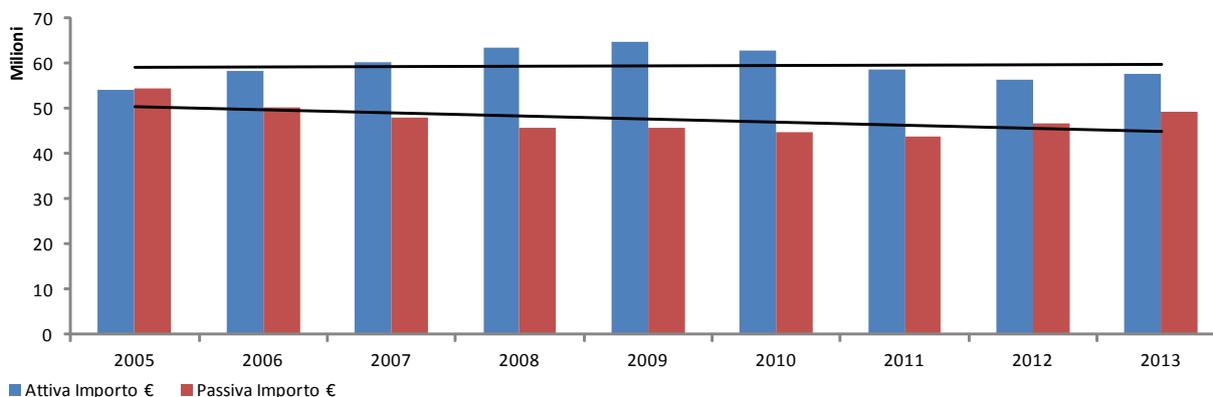
Regione Molise

MOBILITÀ OSPEDALIERA - ATTIVA vs PASSIVA

dal 2005 al 2013

In DRG erogati

anno	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Attiva									
Importo €	54.072.460	58.408.571	60.106.376	63.367.288	64.664.789	62.785.023	58.489.898	56.255.987	57.638.623
Dimessi n.	19.060	21.078	21.739	20.606	20.055	19.374	17.891	16.884	16.807
Passiva									
Importo €	54.473.529	50.340.199	47.856.336	45.840.023	45.683.116	44.647.055	43.871.783	46.630.839	49.309.407
Dimessi n.	18.167	17.456	15.797	14.558	14.004	13.861	13.658	13.831	14.122
Saldo									
Importo €	-401.069	8.068.372	12.250.040	17.527.266	18.981.673	18.137.968	14.618.115	9.625.147	8.329.216
Dimessi n.	893	3.622	5.942	6.048	6.051	5.513	4.233	3.053	2.685



L'osservazione più attenta della mobilità passiva evidenzia che la stessa si caratterizza per essere, per lo più, una mobilità di prossimità, in cui i territori di "fuga" sono principalmente le Regioni confinanti con il Molise.

Abruzzo [33%], Lazio [15%], Campania [9%] e Puglia [8%] assorbono, di fatto, oltre il 65% della mobilità passiva del Molise. Aggiungendo Emilia Romagna [10%], Lombardia [7%] e Ospedale "Bambino Gesù" [5%] per l'assistenza pediatrica, e quindi assumendo una prospettiva sulla dinamica complessiva del fenomeno su scala nazionale, si arriva quasi al 90%.

Regione Molise

MOBILITÀ PASSIVA 2010 - 2013

In DRG erogati

Regione	2010		2011		2012		2013	
	Importo €	Dimessi n.	Importo €	Dimessi n.	Importo €	Dimessi n.	Importo €	Dimessi n.
ABRUZZO	13.060.651,04	4.068	12.973.447,27	4.062	14.865.447,94	4.220	16.455.430,93	4.556
LAZIO	8.276.042,54	2.530	8.114.280,65	2.481	8.276.830,20	2.530	7.501.791,07	2.394
EMILIA ROMAGNA	3.952.575,74	1.038	4.226.311,26	1.064	4.513.252,99	1.051	4.723.321,11	1.071
CAMPANIA	2.976.426,72	1.300	3.488.368,95	1.298	4.054.358,20	1.669	4.285.886,81	1.750
PUGLIA	4.416.565,01	1.439	4.182.365,10	1.342	3.744.399,88	1.138	4.166.182,35	1.161
LOMBARDIA	3.496.052,69	626	3.315.143,14	622	3.338.371,00	527	3.317.713,26	547
OSPEDALE BAMBIN GESU'	1.989.979,40	1.159	1.968.355,99	1.084	2.129.645,27	998	2.446.241,63	894
MARCHE	1.987.061,74	442	1.801.132,13	466	1.642.473,90	453	1.959.510,86	534
TOSCANA	1.369.293,03	491	1.371.177,98	492	1.345.170,26	457	1.352.398,14	406
Altre	3.122.407,07	768	2.431.200,44	747	2.720.889,81	788	3.100.931,08	809
Totale complessivo	44.647.054,98	13.861	43.871.782,91	13.658	46.630.839,45	13.831	49.309.407,24	14.122



Dall' analisi di dettaglio dei ricoveri in mobilità passiva 2013, appare netta la prevalenza di quelli di prossimità verso l' Abruzzo ed il Lazio, per "Malattie e disturbi dell'apparato muscoloscheletrico e connettivo – MDC 8" e per "Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio – MDC 5". Significativa è, altresì, la mobilità verso Campania e Puglia dove, in entrambi i casi, non appare evidenza di una preponderante specifica tipologia di prestazioni.

Di contro, fuori dalla logica della mobilità di confine, risalta la mobilità passiva ospedaliera verso Lombardia ed Emilia Romagna, che si caratterizzano per una capacità attrattiva dei pazienti molisani legata

rispettivamente a prestazioni relative a “MDC 5 - Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio” e “MDC 8 – Malattie e disturbi dell'apparato muscoloscheletrico e connettivo”.

Passiva 2013										
Prime 10 MDC per Importo € (83% del totale)										
in drg erogati										
	Regione									
	ABRUZZO	LAZIO	EMILIA ROMAGNA	CAMPANIA	PUGLIA	LOMBARDIA	OSPEDALE BAMBIN GESU'	Altra REGIONE	Totale complessivo	
MDC										
1 08-APP. MUSCOLOSCHLETR., TESS. CONNETTIVO	3.551.163	1.214.861	1.956.380	527.758	307.138	364.531	136.464	2.333.193	10.391.488	
2 05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO	2.236.772	734.771	551.575	765.514	482.853	1.381.416	231.741	677.552	7.062.194	
3 DRG non classificati*	2.073.395	744.933	407.025	330.096	673.213	399.464	1.068.316	454.967	6.151.408	
4 01-SISTEMA NERVOSO	766.303	611.546	496.965	259.061	425.007	288.202	156.175	427.416	3.430.675	
5 11-RENE E VIE URINARIE	1.470.479	386.078	53.604	131.118	217.586	106.048	151.035	360.264	2.876.211	
6 17-MIELOPROLIFER. E NEOPLASIE SCARSAM. DIFFERENZIATE	974.778	519.763	244.084	140.551	539.512	71.459	160.775	222.745	2.873.667	
7 04-APP. RESPIRATORIO	1.210.836	386.343	147.518	236.791	298.274	118.195	127.516	263.976	2.789.449	
8 06-APP. DIGERENTE	653.108	552.022	161.964	166.348	175.301	155.922	51.439	179.944	2.096.047	
9 07-FEGATO, VIE BILIARI E PANCREAS	420.201	474.009	174.253	182.246	158.803	105.172	34.493	271.971	1.821.149	
10 14-GRAVIDANZA PARTO E PUERPERIO	526.554	248.027	33.805	412.881	58.859	22.283	-	77.069	1.379.479	
Altra MDC	2.571.842	1.629.437	496.149	1.133.523	829.637	305.022	328.288	1.143.743	8.437.641	
Totale complessivo	16.455.431	7.501.791	4.723.321	4.285.887	4.166.182	3.317.713	2.446.242	6.412.840	49.309.407	

*DRG 103; DRG 468; DRG 469; DRG 470; DRG 476; DRG 477; DRG 480; DRG 481; DRG 482; DRG 483; DRG 495; DRG 512; DRG 513; DRG 541; DRG 542

Regione Molise
Mobilità Passiva vs Attiva 2013
in drg erogati

Regione	Passiva				Attiva				Saldo	
	Importo €	Ricoveri n.	Peso medio	Importo medio	Importo €	Ricoveri n.	Peso medio	Importo medio	Importo €	Ricoveri n.
ABRUZZO	16.455.430,93	4.556	1,4013		4.450.334,36	1.748	1,1098	2545,9579	-12.005.096,57	-2.808
LAZIO	7.501.791,07	2.394	1,3788		11.570.940,00	2.893	1,3057	3999,6336	4.069.148,93	499
EMILIA ROMAGNA	4.723.321,11	1.071	1,6143		212.846,72	89	0,8576	2391,5362	-4.510.474,39	-982
CAMPANIA	4.285.886,81	1.750	1,3961		30.966.349,11	8.363	1,2870	3702,7800	26.680.462,30	6.613
PUGLIA	4.166.182,35	1.161	1,4342		7.722.634,39	2.858	1,1648	2702,1114	3.556.452,04	1.697
LOMBARDIA	3.317.713,26	547	1,6822		461.829,28	145,00	0,97	3.185,03	-2.855.883,98	-402
OSPEDALE BAMBIN GESU'	2.446.241,63	894	1,2822		-	-	-	-	-2.446.241,63	-894
MARCHE	1.959.510,86	534	1,3042		154.187,55	52	0,8935	2965,1452	-1.805.323,31	-482
TOSCANA	1.352.398,14	406	1,2933		307.900,29	89	1,0712	3459,5538	-1.044.497,85	-317
UMBRIA	1.005.706,29	285	1,1341		204.992,98	48	1,5645	4270,6871	-800.713,31	-237
VENETO	733.095,75	200	1,2436		93.517,19	38	0,6707	2460,9787	-639.578,56	-162
PIEMONTE	556.394,51	137	1,3116		239.363,90	79	0,9941	3029,9228	-317.030,61	-58
LIGURIA	481.456,56	69	1,7569		46.962,28	16	0,9389	2935,1425	-434.494,28	-53
BASILICATA	107.255,00	33	1,1445		385.834,40	151	1,0698	2555,1947	278.579,40	118
FRIULI VENEZIA GIULIA	43.453,90	21	0,8753		60.796,60	28	0,8523	2171,3071	17.342,70	7
CALABRIA	43.431,29	15	0,8179		502.491,27	124	1,3315	4052,3490	459.059,98	109
SICILIA	37.192,68	13	0,8392		191.750,10	63	1,0208	3043,6524	154.557,42	50
P.A. TRENTO	32.032,52	12	0,8815		-	-	-	-	-32.032,52	-12
P.A. BOLZANO	27.382,54	11	0,7016		8.514,69	6	0,7987	1419,1150	-18.867,85	-5
ACISMOM LAZIO	14.270,30	1	0,9103		-	-	-	-	-14.270,30	-1
SARDEGNA	13.222,49	8	0,8322		57.377,69	17	1,1779	3375,1582	44.155,20	9
VALLE D'AOSTA	6.037,25	4	0,5715		-	-	-	-	-6.037,25	-4
Totale complessivo	49.309.407,24	14.122	1,3939		57.638.622,80	16.807	1,1924	3429,4415	8.329.215,56	2.685

Passiva 2013

Primi 30 DRG per Importo €
in drg erogati

(45% del totale)

DRG	Regione								Totale complessivo
	ABRUZZO	LAZIO	EMILIA ROMAGNA	CAMPANIA	PUGLIA	LOMBARDIA	OSPEDALE BAMBIN GESU'	Altra REGIONE	
1 481 - Trapianto di midollo osseo autologo	1.796.143	669.387	271.263	80.240	74.991	259.988	1.018.544	260.554	4.431.110
2 544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori		263.593	844.320	136.013	27.873	163.147		643.239	2.078.185
3 Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	1.355.166								1.355.166
4 410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	421.296	190.063	119.085	90.060	74.831	10.222	39.296	63.701	1.008.555
5 359 - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	289.607	176.623	37.084	186.417	34.699	17.679		59.744	801.852
6 075 - Interventi maggiori sul torace	399.730	177.042	28.127	10.382	28.307	36.691	10.097	56.615	746.990
7 542 - Tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e c	181.650	38.873	36.330	72.660	271.584		49.772	79.563	730.431
8 541 - Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagn	56.601		72.471	105.797	326.638	52.898		56.601	671.006
9 225 - Interventi sul piede	77.733	98.882	94.881	19.433	16.590	9.500	19.482	305.183	641.683
10 105 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	284.218	59.528	39.685			188.038	20.770	38.386	630.624
11 256 - Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	140.164	162.505	80.746	2.244	7.420	70.499	6.625	153.788	623.993
12 302 - Trapianto renale	309.079	100.538				50.269		150.807	610.693
13 104 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	68.985	24.605	49.127	22.995	22.995	398.965		22.995	610.665
14 087 - Edema polmonare e insufficienza respiratoria	365.137	68.952	25.275	22.292	12.769	33.757	17.083	35.847	581.111
15 012 - Malattie degenerative del sistema nervoso	116.337	99.423	27.894	73.937	108.214	72.942	20.888	57.196	576.830
16 473 - Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	296.706	65.594			162.827			21.778	546.905
17 550 - Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	426.200		13.797	13.797		71.883		13.797	539.473
18 371 - Parto cesareo senza CC	139.140	85.606	19.449	226.694	25.180			26.726	522.795
19 009 - Malattie e traumatismi del midollo spinale	106.390	121.068	165.426	1.145		13.718	68.964	27.866	504.578
20 503 - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	129.957	80.450	107.500	34.227	6.985	5.238		93.730	458.087
21 498 - Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	99.427	79.489	96.529		9.520			152.984	437.948
22 211 - Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	253.508	22.210	25.497	22.521	4.442			92.920	421.098
23 234 - Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	267.962	22.732	36.667	24.798	13.777	3.444	9.437	37.418	416.236
24 127 - Insufficienza cardiaca e shock	192.133	67.304	13.161	24.435	17.797	42.185	3.750	30.855	391.619
25 518 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica	72.703	5.593	44.948	102.302	11.185	57.297	61.295	16.755	372.078
26 191 - Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	28.397	75.601	56.363	20.232	28.397	34.430		83.089	326.508
27 538 - Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	63.582	27.512	102.626	20.996	13.673	3.738	5.540	87.211	324.879
28 002 - Craniotomia, età > 17 anni senza CC	63.887	52.543	44.168	9.951	39.805	50.452		52.543	313.350
29 110 - Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	16.847	83.486		30.440	49.791	48.158	17.054	58.673	304.448
30 373 - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	133.377	58.889	6.686	49.789	16.139	10.735		19.835	295.449
Altro DRG	8.303.370	4.523.703	2.264.217	2.882.089	2.759.755	1.611.840	1.077.647	3.612.441	27.035.061
Totale complessivo	16.455.431	7.501.791	4.723.321	4.285.887	4.166.182	3.317.713	2.446.242	6.412.840	49.309.407

MOBILITA' SANITARIA OSPEDALIERA DELLA REGIONE MOLISE

ATTIVA anno 2015

Analisi dell' assistenza ospedaliera della Regione Molise

Operando un' osservazione di dettaglio della Mobilità Attiva ospedaliera del Molise, anno 2015, per Regione di provenienza, evidente appare il carattere di prossimità che la contraddistingue.

Sia in termini di volumi di produzione, sia per numero di dimessi, la sola Regione Campania genera la metà della mobilità attiva prodotta dal Molise. Se si considerano, poi, insieme alla Campania, le altre Regioni confinanti (Lazio, Puglia e Abruzzo), le stesse determinano complessivamente il 95% del totale e si comprende, quindi, che la capacità attrattiva del Molise si esercita esclusivamente sui territori limitrofi.

Tali considerazioni risultano ancor più evidenti se si osserva il fenomeno per singola struttura di ricovero della regione. In tale prospettiva, appare chiaro che i pazienti residenti nelle regioni vicine raggiungono le strutture ospedaliere del Molise, prevalentemente, per ragioni di prossimità.

Nello specifico, dall' esame dei flussi "migratori", si osserva, infatti, che i pazienti residenti nel Campania si rivolgono, prevalentemente, all' Istituto NEUROMED [47%]¹, alla Fondazione Giovanni Paolo II [18%], all' ospedale di Isernia [12%] e all' ospedale di Campobasso [8%]. Analogamente, il Lazio insiste, per la maggior parte, sulle strutture molisane situate nella parte orientale del Molise e nel capoluogo di regione - Istituto NEUROMED [60%], ospedale di Isernia [7%], Fondazione Giovanni Paolo [18%], ospedale di Campobasso [4%].

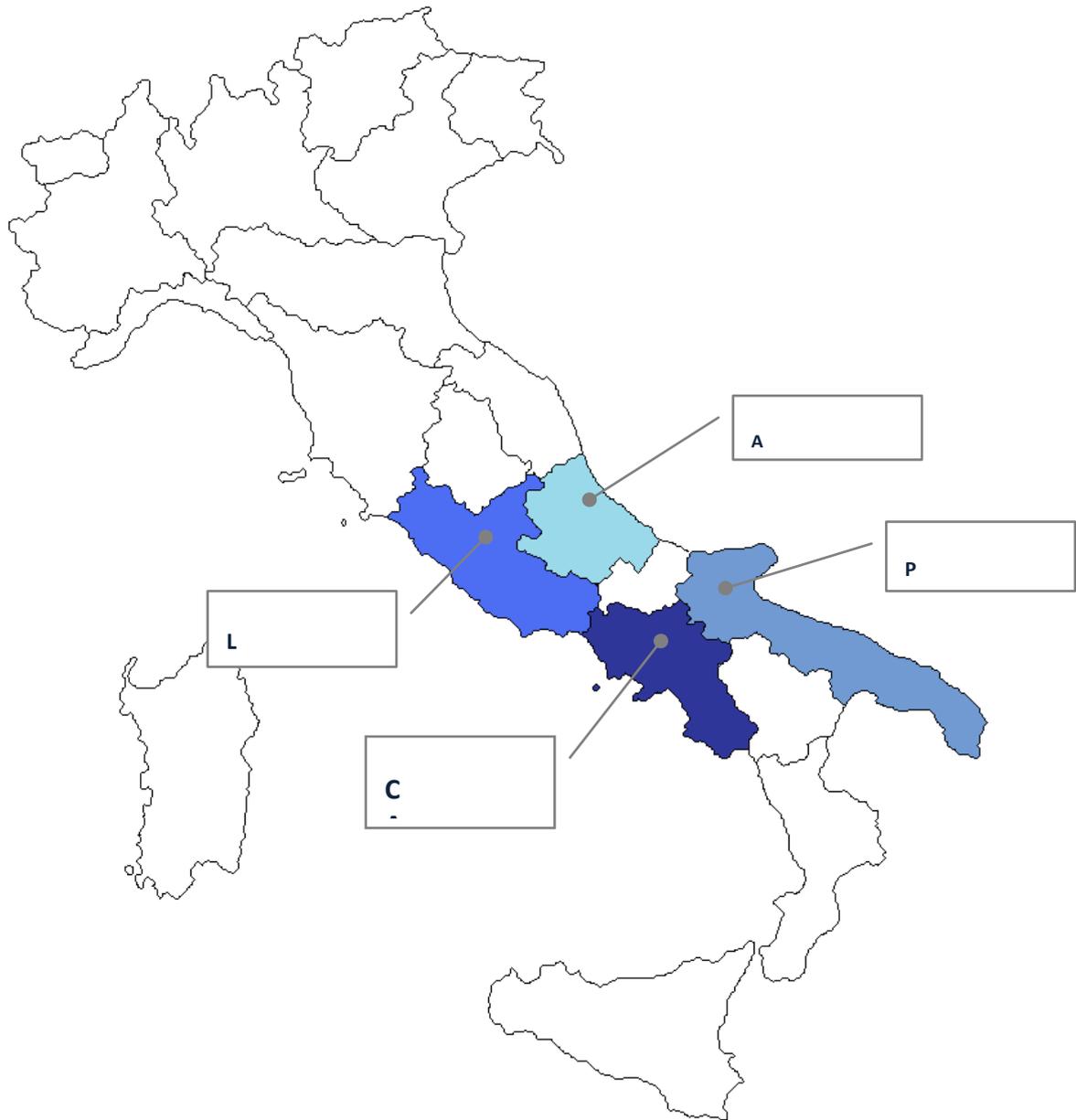
<i>Regione Provenienza</i>	Importo €	Dimessi n.	% Importo	% Dimessi
150 - CAMPANIA	32.572.593,10	8.037	54,48%	48,86%
120 - LAZIO	11.610.255,20	3.191	19,42%	19,40%
160 - PUGLIA	8.134.568,60	2.704	13,61%	16,44%
130 - ABRUZZO	4.888.531,62	1.757	8,18%	10,68%
180 - CALABRIA	438.751,00	128	0,73%	0,78%
030 - LOMBARDIA	331.998,60	127	0,56%	0,77%
170 - BASILICATA	290.207,00	104	0,49%	0,63%
Altre Regioni	1.520.325,96	400,00	2,54%	2,43%
Totale complessivo	59.787.231,08	16.448	100,00%	100,00%

¹ I valori percentuali sono espressi rispetto al totale complessivo riferito alla singola regione.

Regione Molise

MOBILITA' ATTIVA 2015

In DRG erogati



In questa prospettiva e quindi nell' ottica della prossimità territoriale, anche per i pazienti della Puglia e dell' Abruzzo si osserva un elevato indice di attrazione da parte delle strutture molisane direttamente confinanti, che risulta, tuttavia, meno significativo rispetto a quello riferito a Campania e Lazio. I residenti pugliesi, in particolare, si rivolgono prevalentemente alle strutture ospedaliere dell' area occidentale e costiera del Molise - ospedale di Termoli [30%], ospedale di Larino [8%] - oltre che a quelle della zona centro-meridionale della regione - Fondazione Giovanni Paolo II [18%], ospedale di Campobasso [10%].

Analogamente, per la regione Abruzzo, le strutture ospedaliere molisane di riferimento sono quelle più facilmente raggiungibili in termini di tempi di percorrenza stradale - istituto Neuromed [17%], ospedale di Agnone [16%], ospedale di Isernia [14%], Fondazione Giovanni Paolo II [13%] e ospedale di Termoli [13%].

Regione Molise

MOBILITA' ATTIVA 2015

In DRG erogati

Regione Provenienza	150 - CAMPANIA		120 - LAZIO		160 - PUGLIA		130 - ABRUZZO		Altre Regioni		Totale	
	Importo €	Dimessi	Importo €	Dimessi	Importo €	Dimessi	Importo €	Dimessi	Importo €	Dimessi	Importo €	Dimessi
	32.572.593	8.037	11.610.255	3.191	8.134.569	2.704	4.888.532	1.757	2.581.283	759	59.787.231	16.448
	54%	49%	19%	19%	14%	16%	8%	11%	4%	5%	100%	100%
<i>di cui per Struttura di ricovero</i>												
Istituto NEUROMED	16.299.787	3.767	7.000.890	1.918	524.027	189	942.837	297	1.051.365	284	25.818.907	6.455
FONDAZIONE GIOVANNI PAOLO II	8.224.481	1.469	2.664.533	584	2.951.159	488	1.319.681	220	708.785	80	15.868.638	2.841
OSPEDALE VENEZIALE	2.633.708	939	659.480	218	14.779	7	574.549	238	80.504	48	3.963.020	1.450
OSPEDALE CARDARELLI	1.769.488	661	326.933	131	807.098	281	220.991	83	227.235	88	3.351.745	1.244
OSPEDALE S. TIMOTEO	118.795	51	116.240	50	1.918.769	814	549.944	225	323.692	158	3.027.440	1.298
VILLA ESTHER	1.219.598	284	129.766	58	671.088	188	243.512	87	68.052	28	2.332.016	645
VILLA MARIA	680.924	307	90.064	34	843.558	503	137.804	117	46.278	31	1.798.628	992
OSPEDALE SS. ROSARIO	1.015.233	275	506.636	108	18.984	5	28.912	10	6.755	3	1.576.520	401
OSPEDALE VIETRI	408.514	233	42.552	29	380.390	226	278.435	197	29.798	24	1.139.689	709
OSPEDALE AGNONE	29.942	33	71.352	60	4.717	3	507.043	275	16.338	13	629.392	384
G.E.A. ISERNIA	172.123	18	1.809	1			84.824	8	22.481	2	281.236	29

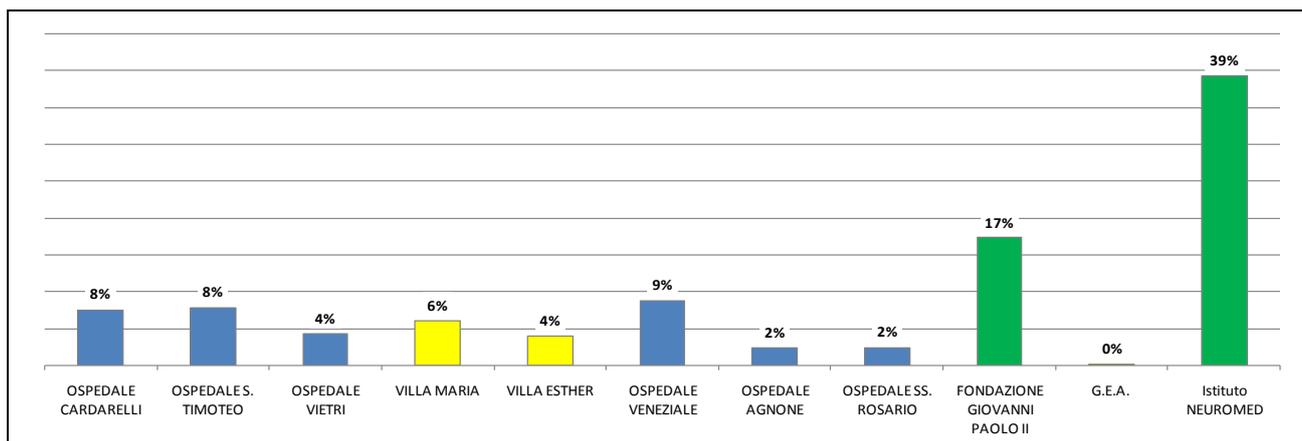
È evidente che la dinamica del fenomeno trattato è influenzata direttamente dalla viabilità e, più in generale, dal complessivo sistema di infrastrutture presenti in regione. Se si considera, come rappresentato, che il Molise si caratterizza per avere un conformazione orografica prevalentemente collinare e montuosa, e se si valuta, inoltre, che l'autostrada è tangente al territorio della regione, attraversandola soltanto sul lato costiero, è possibile delineare un quadro più preciso della mobilità sanitaria ospedaliera attiva molisana.

Regione Molise

MOBILITA' ATTIVA 2015 per STRUTTURA DI RICOVERO

In DRG erogati

Regione Provenienza	di cui		OSPEDALE CARDARELLI		OSPEDALE S. TIMOTEO		OSPEDALE VIETRI		VILLA MARIA		VILLA ESTHER		OSPEDALE VENEZIALE		OSPEDALE AGNONE		OSPEDALE SS. ROSARIO		FONDAZIONE GIOVANNI PAOLO II		G.E.A.		Istituto NEUROMED	
	dimessi n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
150 - CAMPANIA	8.037	49%	661	8%	51	1%	233	3%	307	4%	284	4%	939	12%	33	0%	275	3%	1.469	18%	18	0%	3.767	47%
120 - LAZIO	3.191	19%	131	4%	50	2%	29	1%	34	1%	58	2%	218	7%	60	2%	108	3%	584	18%	1	0%	1.918	60%
160 - PUGLIA	2.704	16%	281	10%	814	30%	226	8%	503	19%	188	7%	7	0%	3	0%	5	0%	488	18%		0%	189	7%
130 - ABRUZZO	1.757	11%	83	5%	225	13%	197	11%	117	7%	87	5%	238	14%	275	16%	10	1%	220	13%	8	0%	297	17%
Altre Regioni	759	5%	88	12%	158	21%	24	3%	31	4%	28	4%	48	6%	13	2%	3	0%	80	11%	2	0%	284	37%
Totale complessivo	16.448	100%	1.244	8%	1.298	8%	709	4%	992	6%	645	4%	1.450	9%	384	2%	401	2%	2.841	17%	29	0%	6.455	39%



Il confronto analitico tra le prestazioni erogate dagli ospedali pubblici del Molise e i ricoveri effettuati dai privati accreditati in favore di pazienti residenti in altre regioni, consente di distinguere per la specificità delle prestazioni erogate.

Regione Molise

MOBILITA' ATTIVA 2015 per PRIME 10 MDC

In DRG erogati

OSPEDALE di CAMPOBASSO

MDC	150 - CAMPANIA		120 - LAZIO		160 - PUGLIA		130 - ABRUZZO		Altre Regioni		Totale	
	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG
05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO	98	1,5625	22	1,4434	36	1,5385	7	1,9670	15	1,2442	178	1,4886
14-GRAVIDANZA PARTO E PUERPERIO	78	0,4706	23	0,4779	34	0,4769	22	0,4873	12	0,5248	169	0,4907
08-APP. MUSCOLOSCHLETR., TESS. CONNETTIVO	50	1,2010	6	1,1638	47	1,2568	9	0,9773	8	1,1539	120	1,1806
11-RENE E VIE URINARIE	70	1,1127	1	1,0467	15	0,7828	2	1,2869	7	0,6719	95	0,9555
06-APP. DIGERENTE	43	1,1786	9	0,7138	26	1,0010	5	0,5531	3	1,1996	86	1,0230
03-ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA	30	0,7344	7	0,6418	26	0,7074	6	0,7617	10	0,6652	79	0,7031
17-MIELOPROLIFER. E NEOPLASIE SCARSAM. DIFFERENZIATE	54	1,4735	9	1,3373	7	2,4817	4	0,7790	1	0,7539	75	1,3952
01-SISTEMA NERVOSO	34	1,2533	7	0,9428	16	1,0609	2	0,9335	10	0,9464	69	1,0755
15-PERIODO NEONATALE	33	2,3541	6	3,0187	7	3,2708	6	0,3575	2	0,1598	54	2,0920
12-APP. RIPRODUTTIVO MASCHILE	32	0,7582	7	0,8060	8	0,8912	1	0,6095	2	0,5848	50	0,7760
Altre MDC	139		34		59		19		18		269	
Totale complessivo	661	1,1688	131	1,0424	281	1,2079	83	1,0330	88	0,8583	1.244	1,1022

OSPEDALE di TERMOI

MDC	150 - CAMPANIA		120 - LAZIO		160 - PUGLIA		130 - ABRUZZO		Altre Regioni		Totale	
	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG
06-APP. DIGERENTE	1	0,3014	7	0,5828	130	1,1524	13	0,9997	24	0,8423	175	0,9816
05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO	12	1,0088	7	1,0748	85	1,1297	21	1,1104	25	0,8950	150	1,0473
14-GRAVIDANZA PARTO E PUERPERIO	6	0,3632	8	0,4946	81	0,5277	20	0,5191	17	0,4880	132	0,4910
08-APP. MUSCOLOSCHLETR., TESS. CONNETTIVO	3	1,6441	5	1,1148	79	0,9953	24	1,0317	15	1,0187	126	1,0564
03-ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA	4	0,7150	4	0,7150	46	0,7824	48	0,8004	10	0,5325	108	0,7308
11-RENE E VIE URINARIE	5	1,0306	2	0,8835	67	0,9169	12	0,9274	10	0,7541	96	0,8952
15-PERIODO NEONATALE	3	0,1598	45	0,1841	45	0,1841	11	0,1841	8	0,2505	67	0,2181
13-APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE			2	0,7590	38	0,8194	18	0,9314	4	0,7926	62	0,8450
04-APP. RESPIRATORIO	3	1,7839	4	0,8458	36	1,2799	6	0,9539	13	0,9792	62	1,1282
09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA	2	0,9074			41	1,0238	7	0,7305	1	0,4238	51	0,9241
Altre MDC	12		15		166		45		31		269	
Totale complessivo	51	1,0693	50	0,8581	814	1,0872	225	1,0467	158	0,8127	1.298	0,9907

OSPEDALE di LARINO

MDC	150 - CAMPANIA		120 - LAZIO		160 - PUGLIA		130 - ABRUZZO		Altre Regioni		Totale	
	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG
02-OCCHIO	206	0,7119	22	0,7259	203	0,7119	184	0,6893	15	0,6777	630	0,7003
23-FATT. INFLUENZ.SALUTE ED IL RICORSO AI S.SANITARI	19	0,8910	2	1,5238	10	1,5238	10	1,5238			41	1,2707
08-APP. MUSCOLOSCHLETR., TESS. CONNETTIVO	2	0,5813	1	0,5435	3	0,6534			1	0,6192	7	0,6053
06-APP. DIGERENTE	2	1,1223	1	0,7448	2	0,8374					5	0,9328
05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO	1	1,0270	1	0,5969	2	0,8055			1	1,0270	5	0,8524
03-ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA			1	0,5827					3	0,5827	4	0,5827
09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA	1	1,2955	1	0,5990	1	1,2955	1	0,6153			4	0,9513
04-APP. RESPIRATORIO					2	1,0226	1	1,2243			3	1,0899
17-MIELOPROLIFER. E NEOPLASIE SCARSAM. DIFFERENZIATE	2	0,7539			1	0,7539					3	0,7539
01-SISTEMA NERVOSO					2	1,0930			1	0,8025	3	0,9962
Altre MDC	0		0		0		1		3		4	
Totale complessivo	233	0,8212	29	0,7473	226	0,8615	197	0,7740	24	0,6544	709	0,7765

OSPEDALE di ISERNIA

MDC	150 - CAMPANIA		120 - LAZIO		160 - PUGLIA		130 - ABRUZZO		Altre Regioni		Totale	
	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG
05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO	164	1,3536	45	1,5220			40	1,5036	8	0,8677	257	1,3770
08-APP. MUSCOLOSCHLETR., TESS. CONNETTIVO	95	1,0453	47	1,1165	1	0,9325	8	1,1704	1	0,9222	152	1,0820
06-APP. DIGERENTE	100	1,3958	9	0,5903	1	0,3014	18	1,1254	4	1,0690	132	1,1904
17-MIELOPROLIFER. E NEOPLASIE SCARSAM. DIFFERENZIATE	83	1,2056	29	0,7539			7	1,3077	1	0,7539	120	1,1357
14-GRAVIDANZA PARTO E PUERPERIO	41	0,4800	8	0,5057			49	0,5518	4	0,5191	102	0,5162
04-APP. RESPIRATORIO	54	0,8813	12	1,0929	1	1,1394	10	1,4223	5	0,6411	82	1,0188
15-PERIODO NEONATALE	29	0,3525	4	0,1841			45	1,0586	3	0,1760	81	0,5575
03-ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA	67	0,6876	3	0,7012			7	0,5199	2	0,8609	79	0,6674
09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA	56	0,7611	12	0,8087			3	0,7868	4	0,6694	75	0,7609
01-SISTEMA NERVOSO	43	1,0683	8	0,9693			7	0,7334	4	0,7585	62	0,9545
Altre MDC	207		41		4		44		12		308	
Totale complessivo	939	1,0783	218	0,9888	7	0,6877	238	1,0133	48	0,7056	1.450	1,0041

OSPEDALE di AGNONE

MDC	150 - CAMPANIA		120 - LAZIO		160 - PUGLIA		130 - ABRUZZO		Altre Regioni		Totale	
	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG
08-APP. MUSCOLOSCHLETR., TESS. CONNETTIVO	29	0,7851	18	0,7364	1	0,6837	57	0,7959	4	0,7898	109	0,7756
06-APP. DIGERENTE			15	0,8882	1	0,5614	39	0,7594	2	0,6508	57	0,7825
05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO			2	0,7575			49	0,8844	1	1,1779	52	0,8866
04-APP. RESPIRATORIO	1	1,2243	1	1,2243			26	0,8927			28	0,9530
07-FEGATO, VIE BILIARI E PANCREAS			7	1,1139			15	1,0245	3	0,7459	25	1,0160
09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA	1	1,2955	5	1,4695	1	0,7470	16	0,7628	1	1,2732	24	0,9371
11-RENE E VIE URINARIE			2	0,4147			19	0,7444	1	1,1501	22	0,7232
01-SISTEMA NERVOSO	1	0,8996	2	0,8136			13	0,8441	1	0,9103	17	0,8491
18-MAL. INFETTIVE E PARASSITARIE	1	1,6432	1	0,6372			11	0,9813			13	1,0343
19-MALATTIE E DISTURBI MENTALI			2	0,7933			6	0,7933			8	0,7933
Altre MDC	0		5		0		24		0		29	
Totale complessivo	33	0,9598	60	0,8528	3	0,6640	275	0,8254	13	0,8720	384	0,8413

OSPEDALE di VENAFRO

MDC	150 - CAMPANIA		120 - LAZIO		160 - PUGLIA		130 - ABRUZZO		Altre Regioni		Totale	
	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG
08-APP. MUSCOLOSCHLETR., TESS. CONNETTIVO	156	1,0937	87	1,1134	5	0,9135	6	1,0747	2	1,0672	256	1,0797
01-SISTEMA NERVOSO	24	0,9564	9	0,9425			2	0,7369	1	1,2605	36	0,9587
05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO	25	0,8731	3	0,8485							28	0,8676
04-APP. RESPIRATORIO	16	1,1920					1	1,2243			17	1,1974
06-APP. DIGERENTE	10	0,7949	1	0,5568							11	0,7354
16-SANGUE E ORGANI EMATOPOIET. SIST. IMMUNITARIO	6	0,8552	2	0,8552			1	0,8552			9	0,8552
07-FEGATO, VIE BILIARI E PANCREAS	8	1,0965									8	1,0965
10-ENDOCRINI METABOLICI NUTRIZIONALI	8	0,7616									8	0,7616
09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA	7	0,8485									7	0,8485
11-RENE E VIE URINARIE	6	0,8779									6	0,8779
Altre MDC	9		6		0		0		0		15	
Totale complessivo	275	1,0026	108	1,0049	5	0,9135	10	1,0294	3	1,1317	401	1,0048

FONDAZIONE GIOVANNI PAOLO II												
	150 - CAMPANIA		120 - LAZIO		160 - PUGLIA		130 - ABRUZZO		Altre Regioni		Totale	
	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG
<i>MDC</i>												
05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO	487	2,2567	106	2,0473	216	2,5061	94	2,2583	18	2,5358	921	2,3072
17-MIELOPROLIFER. E NEOPLASIE SCARSAM. DIFFERENZIATE	314	1,9335	88	1,9707	72	1,8076	35	1,5698	7	1,4154	516	1,7909
06-APP. DIGERENTE	126	1,5616	118	1,5561	41	1,7631	22	1,7656	12	1,9619	319	1,6688
16-SANGUE E ORGANI EMATOPOIET. SIST. IMMUNITARIO	172	0,9924	38	0,9924	5	0,9239	3	1,0610			218	0,9924
13-APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE	94	1,0527	23	1,0927	58	1,0838	19	1,0919	18	1,2296	212	1,1189
09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA	52	0,9914	55	0,9160	34	0,8847	11	0,8382	5	0,8831	157	0,9169
07-FEGATO, VIE BILIARI E PANCREAS	36	1,7764	73	1,8702	10	1,8858	5	1,9099	2	1,0858	126	1,8049
23-FATT. INFLUENZ.SALUTE ED IL RICORSO AI S.SANITARI	61	0,5419	18	0,5513	8	0,5739	13	0,5565	4	0,3938	104	0,5219
10-ENDOCRINI METABOLICI NUTRIZIONALI	24	0,7241	16	0,8468	12	1,4940	3	0,9978	1	0,9978	56	0,9224
01-SISTEMA NERVOSO	25	1,7122	5	1,2053	12	1,1218	5	1,1709			47	1,3681
Altre MDC	78		44		20		10		13		165	
Totale complessivo	1.469	1,8999	584	1,7309	488	1,9494	220	1,7791	80	3,1686	2.841	2,0178

Istituto NEUROMED												
	150 - CAMPANIA		120 - LAZIO		160 - PUGLIA		130 - ABRUZZO		Altre Regioni		Totale	
	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG	Dimessi n.	Peso medio DRG
<i>MDC</i>												
01-SISTEMA NERVOSO	2.245	1,6697	1.257	1,6263	134	1,3393	179	1,5289	187	1,3337	4.002	1,4716
08-APP. MUSCOLOSCHLETR., TESS. CONNETTIVO	787	1,9891	382	1,7888	25	1,7734	58	1,5505	34	1,7795	1.286	1,8091
05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO	444	1,6687	103	1,6999	19	1,0678	41	1,7742	36	1,4127	643	1,5453
02-OCCHIO	106	0,6721	64	0,5827	1	0,7576	8	0,6721	7	0,5865	186	0,6367
19-MALATTIE E DISTURBI MENTALI	74	0,6073	26	0,6073	6	0,5422	7	0,6254	12	0,5418	125	0,5830
03-ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA	50	0,5136	42	0,5964	2	0,5827	1	0,6101	3	0,6101	98	0,5718
21-TRAUMATISMI, AVVELEN. ED EFF.TOSSICI FARMACI	20	0,8536	13	1,3645	1	0,4896	1	1,0153	2	0,4896	37	0,9879
10-ENDOCRINI METABOLICI NUTRIZIONALI	10	1,2475	10	1,2475	1	1,9902	1	1,9902	1	1,9902	23	1,5658
DRG NON CLASSIFICABILI (DRG 541; DRG 542)	11	10,4825	2	10,4825			1	12,4289			14	10,8718
09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA	8	1,0664	4	0,8855					2	0,7668	14	0,9237
Altre MDC	12		15		0		0		0		27	
Totale complessivo	3.767	1,7452	1.918	1,7423	189	1,2964	297	1,6987	284	1,3263	6.455	1,5592

La differenza che si evince, evidentemente, ha origine dalla specifica connotazione derivante dalla natura giuridica delle strutture, dalla quale è intuitivo cogliere la caratterizzazione più generalista dell' offerta pubblica rispetto a quella privata che è, invece, più specifica e settoriale.

RETE OSPEDALIERA

Localizzazione e distribuzione delle Strutture Ospedaliere Pubbliche e Private

La Regione Molise presenta attualmente una rete assistenziale basata su di una eccessiva centralità dell'ospedale che gestisce e coordina l'erogazione di tutti i servizi sanitari.

Presenta una carente dotazione di servizi territoriali, sia residenziali che diurni. Infatti, a tutto questo fa riscontro una elevata mobilità sanitaria in uscita, a causa della carenza di alte specializzazioni nel settore pubblico ed una elevata mobilità sanitaria in entrata, principalmente per la presenza di un I.R.C.C.S. (Neuromed) e della Fondazione di Ricerca e Cura - Giovanni Paolo II.

Si è in tal modo caratterizzata nel tempo una situazione di disequilibrio erogativo ed economico che richiede interventi straordinari e l'attivazione di un piano di riordino complessivo della rete dei servizi e dei presidi.

B1.a) 6. Offerta Ospedaliera ante operam

L'attività di ricovero in Molise è fornita da strutture pubbliche e private accreditate che operano in una rete diffusa di ospedali e precisamente: tre presidi ospedalieri pubblici, tre cliniche private, un I.R.C.C.S. e il centro di "Fondazione di Ricerca e Cura - Giovanni Paolo II", per un totale di 1.266 posti letto (escluso i posti letto tecnici), di cui:

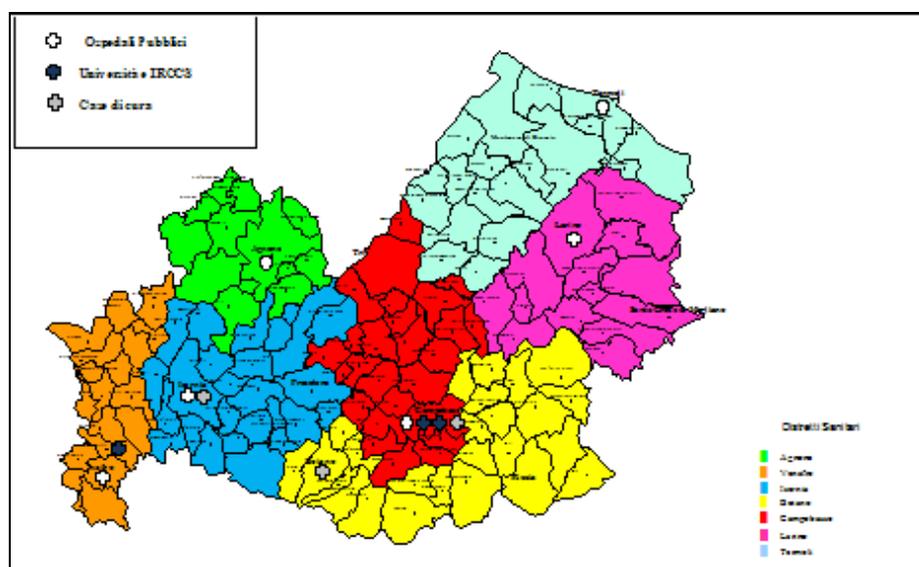
- n. 837 posti letto attribuiti alle strutture pubbliche, costituite da:
 - n.723 p.l. per acuzie (R.O. + D.H./D.S.);
 - n. 114 p.l. post acuzie (Riabilitazione e Lungodegenza).
- n. 429 posti letto attribuiti alle strutture private, costituite da:
 - n. 355 P.L. per acuzie (R.O. + D.H./D.S.);
 - n. 74 P.L. post acuzie (Riabilitazione e Lungodegenza).

PRESIDI OSPEDALIERI
ISERNIA: "F. VENEZIALE"
CAMPOBASSO: "A. CARDARELLI"
TERMOLI: "S. TIMOTEO"
AGNONE: "SAN FRANCESCO CARACCILO" (Ospedale di Area disagiata)

Strutture accreditate				
Villa Ester	Villa Maria	GEA MEDICA	Fondazione Giovanni Paolo II	Neuromed

Il totale dei posti letto (n.1.266) è comprensivo sia di quelli destinati alla riabilitazione che quelli destinati alla lungodegenza, di cui n.114 posti letto attribuiti alle strutture pubbliche e n. 74 posti letto alle strutture private, con una incidenza di percentuale di posti letto attribuiti per il pubblico del 66,00% rispetto al privato.

Dislocate nel territorio come di seguito specificato:



Quadro riepilogativo dei Posti letto delle Strutture Pubbliche (esclusi i PL tecnici):

Presidi Ospedalieri	Stabilimenti	R.O. Acuti	D.H. Acuti	R.O. Lungodeg.	Riab.e	D.H. Lungodeg.	Riab.e	TOTALE
Campobasso	Cardarelli	268	43	7		2		320
	Vietri	14	7	50		9		80
Termoli	S.Timoteo	154	28	0		0		182
Isernia	Veneziale	119	20	0		0		139
	Caracciolo	28	12	14		0		54
	SS.Rosario	26	4	30		2		62
TOTALE		609	114	101		13		837

Quadro riepilogativo dei Posti letto delle Strutture Private:

Strutture Private	R.O. Acuti	D.H. Acuti	R.O. Riab.e Lungodeg.	D.H. Riab.e Lungodeg.	TOTALE
Villa Maria	34	6	0	0	40
Villa Ester	46	8	20	0	74
Gea Medica	0	0	40	0	40
Fondazione G.P. II	105	12	14	0	130
Neuromed	139	6	0	0	145
TOTALE	323	32	74	0	429

Quadro riepilogativo dei Posti letto delle Strutture Pubbliche e Private:

Strutture Private	R.O. Acuti	D.H. Acuti	R.O. Riab.e Lungodeg.	D.H. Riab.e Lungodeg.	TOTALE
Pubbliche	609	114	101	13	837
Private	323	32	74	0	429
TOTALE	932	146	175	13	1266
% p.l. Strutture pubbliche	65%	78%	58%	100%	66%

Il P.O. di Campobasso – “A. Cardarelli”

Per quanto riguarda, la struttura che attualmente ospita il Cardarelli, essa si compone di 3 lotti, di cui il primo è stato realizzato anteriormente alla normativa sismica, il secondo lotto rispetta le norme del Decreto Ministeriale del 3 marzo 1975 recante “Approvazione delle Norme tecniche per le costruzioni in zona sismica” mentre il terzo lotto è conforme alle norme del DM dei LL.PP. del 24 gennaio 1986. Successivamente, nel 2008 è stata realizzare una nuova struttura conforme alla normativa antisismica vigente e denominata quarto lotto. Detta struttura, separata da quella esistente è stata realizzata in un lotto di terreno adiacente a quella esistente ed originariamente destinata ad attività socio-sanitarie.

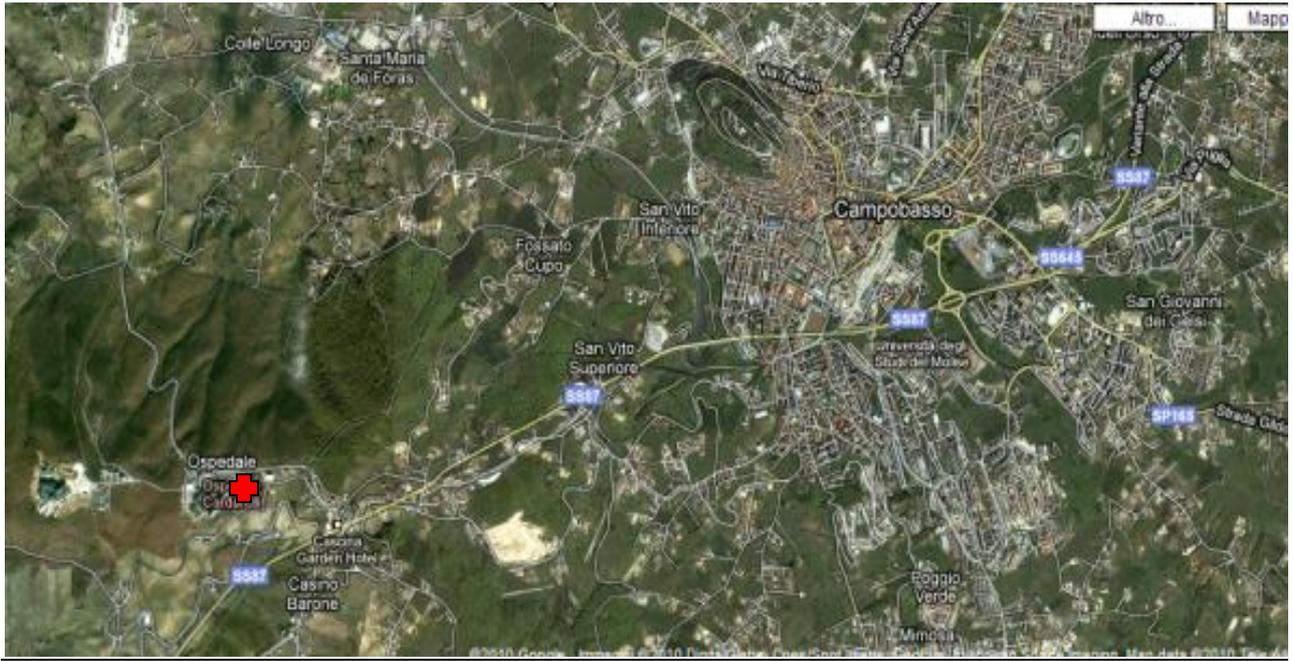
Figura 5 - Riepilogo epoche di realizzazione lotti costituenti il complesso ospedaliero



Descrizione del Presidio Ospedaliero

Il Presidio Ospedaliero, posizionato in un sito di notevole valenza paesistico ambientale in ambito extra-urbano, è posto lateralmente alla strada statale n° 87, che di fatto funge da arteria di collegamento tra la città di Campobasso e le altre arterie principali di smistamento.

Lo stabilimento è collegato direttamente alla città, da una viabilità veloce appositamente costruita, tramite uno svincolo realizzato sulla statale 87.





Una viabilità interna articolata permette il collegamento con i vari servizi ospedalieri e la distribuzione delle diverse funzioni nei diversi ambiti della struttura. Sono presenti ampie zone di parcheggio in prossimità dei punti di accesso alla struttura.

La struttura portante è stata realizzata interamente in cemento armato.

Il Complesso ospedaliero è articolato in due blocchi funzionali: un “blocco piastra”, con 5 livelli, di cui tre fuori terra, riservato agli ambulatori ed ai servizi ospedalieri ed un blocco degenze con 9 livelli, di cui sette fuori terra.

Le stanze di degenze, prevalentemente da 2 a 4 posti letto, sono tutte dotate di servizi igienici e posizionate su un lato del corridoio centrale, sul lato opposto del corridoio sono ubicati i locali di servizio e di supporto.

Gli accessi al Presidio Ospedaliero sono diversi e sono posizionati a differenti livelli della struttura.

Al primo livello (2° piano seminterrato) è ubicato l'accesso per l'autorimessa, per le centrali tecnologiche e vani tecnici posti nel blocco-piasta, oltre agli accessi separati per detenuti, sala mortuaria, lavanderia e farmacia posti sul versante esterno del blocco degenze.

Al secondo livello (1° piano seminterrato), nel blocco degenze troviamo gli accessi per la cucina, nel blocco piastra, gli accessi per la centrale di sterilizzazione e magazzini.

Il terzo livello (piano terra), ospita l'ingresso principale dell'Ospedale destinato ai pazienti, al personale ed ai visitatori e quello per il Pronto Soccorso.

I collegamenti orizzontali all'interno del blocco degenze è affidato al corridoio interno che costituisce la spina dorsale della struttura, i collegamenti verticali sono invece assicurati da tre blocchi ascensori.

Il "blocco piastra" è diviso in due ambiti, uno dedicato alle funzioni di Pronto Soccorso, cure intensive e blocchi operatori e l'altro destinato alle funzioni laboratoristiche, diagnostiche ed ambulatoriali. I collegamenti verticali del blocco piastra sono assicurati da due gruppi di elevatori che collegano le funzioni di emergenza e cure chirurgiche e da quattro ascensori per le funzioni ambulatoriali e laboratoristiche.

Organizzazione Funzionale e distribuzione interna

Le caratteristiche distributive delle unità operative presenti nel Presidio Ospedaliero, con particolare attenzione ai contenuti e alle relazioni funzionali ed alle interrelazioni organizzative di interpiano, vengono così descritte:

- Pianta I° livello: un'ampia autorimessa con ingresso autonomo; lavanderia dotata di comunicazione diretta con l'esterno con vari ingressi; Farmacia dotata di un'ampia superficie di lavoro e di deposito; locali per le onoranze funebri; Blocco Piastra: Centrali Tecnologiche ed i vani tecnici.
- Pianta II° livello: Blocco degenze: cucina (completa di locali per la conservazione, preparazione e distribuzione dei cibi); Anatomia Patologica (che comprende la sala settoria e locali dedicati ad attività di laboratorio, depositi, studi medici, ecc.). Blocco piastra: centrale di sterilizzazione (dotata di locali filtro con spogliatoi, spazi per accettazione, lavaggio, sterilizzazione confezionamento e deposito e percorsi separati per lo sporco ed il pulito), spogliatoi personale, Radiologia nucleare, 118, odontostomatologia; Ambulatori.
- Pianta III° livello (piano terra) - Blocco piastra: ingresso principale dell'Ospedale costituito da un'ampia hall di ingresso, reception, bar, ambulatori con relative sale d'attesa, centro prenotazioni e servizi per il pubblico (CUP), Pronto Soccorso, Astanteria, Terapia intensiva, Sala gessi, Emodiliasi, Ambulatori. Blocco degenze: Malattie Infettive, Psichiatria, Cardiologia.
- Pianta IV° livello del blocco piastra: blocco operatorio (comprensivo di sale operatorie, tutte dotate di ampi spazi di servizio), laboratorio analisi, Centro Trasfusionale, Neonatologia; Blocco degenze: Ostetricia, Pediatria.
- Pianta V° livello del blocco piastra: Direzione sanitaria, scuola infermieri, sala conferenze, biblioteca, magazzini ed archivi, uffici amministrativi; Blocco degenze: Ortopedia, Urologia.
- Pianta VI° livello del blocco degenza: Chirurgia Vascolare, reparto vuoto (Ex Chirurgia 2).
- Pianta VII° livello del blocco degenza: Medicina, Geriatria.
- Pianta VIII° livello del blocco degenza: Neurochirurgia, Otorino-Oculistica, Ambulatorio di Otorino-Oculistica.
- Pianta IX° livello del blocco degenza: Nefrologia, Depositi.

Posti letto

R.O. Acuti	D.H. Acuti	Totale Acuti	P.L. Tecnici	R.O. Riab.e	D.H. Riab.e	Tot. Riab.e	TOTALE
268	47	315	12	7	2	9	341

Ambulatori: numero ambulatori 26

1. cardiologia	14. Ostetricia e ginecologia
2. chirurgia generale	15. Otorinolaringoiatra
3. chirurgia vascolare	16. Pediatria
4. malattie end. e metab.(Diabetologia)	17. psichiatria
5. geriatria	18. urologia
6. malattie infettive tropicali	19. terapia intensiva
7. medicina generale	20. unità coronarica UTIC
8. nefrologia	21. medicina e chirurgia d'accett. e d'urg.
9. neurochirurgia	22. Neonatologia
10. Odontoiatria e stomatologia	23. oncologia
11. Ortopedia e traumatologia	24. terapia intensiva neonatale
12. Medicina Riabilitativa	25. Nutrizione Clinica
13. Dermatologia	26. Fibrosi Cistica

3.d) Carenze

Per assicurare una migliore gestione della struttura e degli ambienti, dovrà essere adeguato l'intero immobile ed eseguire interventi per sanare le carenze presenti sia dal punto di vista strutturale che tecnologico e funzionale.

Struttura: le strutture portanti non sono adeguate simicamente. La struttura richiede interventi urgenti di manutenzione ordinaria e straordinaria. Sono inoltre necessari interventi mirati alla sistemazione esterna ed alle aree destinate a parcheggio.

Impianti tecnologici: la struttura necessita di interventi di adeguamento degli impianti elettrico, antincendio, idrico, termico e sanitario alla normativa cogente. Si registra ,inoltre, una ridotta capacità dell'impianto termico e di termodistribuzione.

Organizzazione funzionale: la struttura ospedaliera necessita di interventi di ristrutturazione degli ambienti e dei loro collegamenti. Si evidenzia, inoltre, una carenza delle tecnologie presenti nella struttura ospedaliera e in particolare per le attrezzature di diagnostica.

Gli interventi essenziali per l'adeguamento strutturale e funzionale del Presidio Ospedaliero avranno un costo presuntivo di circa 68 milioni di euro, ripartiti secondo il seguente quadro economico di spesa:

Presidio Ospedaliero "A. Cardarelli" Campobasso	Investimento euro
Adeguamento antincendio	15.000.000,00
Adeguamento sismico	45.000.000,00
Adeguamento impianti	4.000.000,00
Adeguamento funzionale	4.000.000,00
TOTALE	70.000.000,00

Oltre ai suddetti interventi, saranno necessari ulteriori lavori, ancora da quantificare, quali l'ammodernamento della centrale termica e termovalorizzatore RSO, il risanamento delle facciate dell'intero fabbricato e la riqualificazione di alcune aree della struttura ospedaliera.

Sarà, inoltre, indispensabile procedere all'acquisto di tecnologie in sostituzione di quelle presenti, ormai obsolete, attualmente in uso.

2.7 P.O. di Campobasso – stabilimento “G. Vietri” di Larino

Descrizione del Presidio Ospedaliero

Il complesso ospedaliero “G. Vietri”, è localizzato in un’area periferica del Comune di Larino. Servito da due strade:

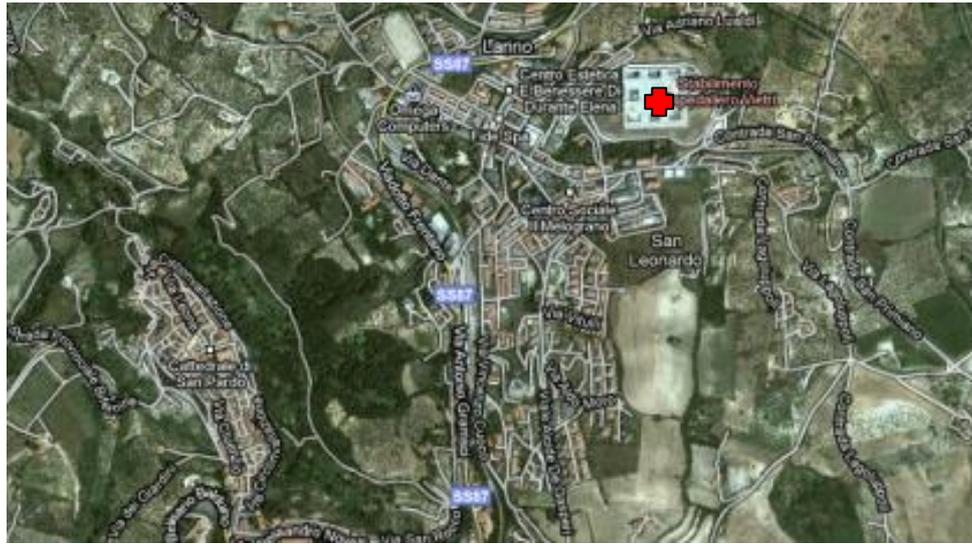
- la S.S. n° 87, che collega Larino Termoli e Pescara;
- la strada di collegamento con la S.S. "Fondovalle di Biferno" in direzione di Campobasso.

La viabilità interna serve tutte le aree e gli accessi della struttura.

La sosta delle auto dei visitatori è possibile grazie ad un parcheggio adeguato alle esigenze dello stabilimento.

Particolarmente curata è la viabilità pedonale esterna ed il sistema di accesso alla struttura, caratterizzato da percorsi pedonali che, attraversando una vasta area di verde, collegano il punto di accesso e le aree di sosta, ai vari ingressi dello stabilimento.





I complesso è stato realizzato in un arco di tempo abbastanza ampio, tra il 1971 ed il 2000 (anno di ultimazione).



L'impostazione distributiva è costituita da un'unica struttura, composta da 11 corpi di fabbrica su tre livelli funzionali.

L'accessibilità interna all'area è affidata ad un anello viario che circonda l'Ospedale e che consente di servire in maniera differenziata i diversi ingressi.

E' presente un parcheggio esterno utilizzato dai visitatori oltre ad altre aree di

parcheggio interne utilizzate soprattutto dagli operatori.



Ampi corridoi e 6 blocchi di ascensori assicurano i collegamenti orizzontali e verticali all'interno della struttura.

b) Organizzazione strutturale

La struttura portante è costituita da setti in c.a ed è caratterizzata dalla presenza di pilastri di elevata snellezza. Il corpo di fabbrica presenta forti irregolarità ed un elevato numero di pilastri che raggiungono anche i 14 m di altezza, con importanti altezze di interpiano. Una parte dei pilastri giuntati risultano collegati in testa da elementi di confinamento in acciaio. Le travi, per gran parte in c.a., sono generalmente di dimensioni generose ma non garantiscono i collegamenti tra tutti i pilastri. I nuclei ascensori (in numero superiore a 20) sono invece realizzati in setti in c.a.. Il corpo di fabbrica è caratterizzato

dalla presenza di un percorso per i visitatori, con sviluppo lineare superiore ai 200 m, realizzato con pareti in c.a. sostenute da travi in c.a. di grosse dimensioni che presenta, in pianta, una forma a C.

Sono presenti forti irregolarità nella distribuzione delle rigidità in pianta, dovute alla presenza di setti in posizione eccentrica, oltre alla presenza, a quasi tutti i livelli, di agetti di grosse dimensioni.

Infine il presidio presenta giunti strutturali, di ampiezza esigua – circa di 2-3 cm. Tali osservazioni della struttura implicano la presenza di un corpo di fabbrica estremamente complesso e caratterizzato da forti irregolarità e, con ogni probabilità, da un comportamento sismico difficilmente prevedibile.

d) Organizzazione Funzionale

Le caratteristiche distributive delle unità operative presenti nel Presidio Ospedaliero, con particolare attenzione ai contenuti e alle relazioni funzionali ed alle interrelazioni organizzative di interpiano, vengono così descritte:

- Piano interrato – sotto centrale: spazi dedicati ai servizi, a cui si accede direttamente dall'esterno.
- Piano Interrato: destinato alla dialisi.
- Piano Terra: Centro trasfusionale, ambulatorio C.A.D., cucina, alloggio delle suore, farmacia, servizi, ex sala operatoria-pronto soccorso (vuoto), mensa (vuoto), spogliatoi, pronto soccorso, ambulatorio ortopedia, centralino, sala conferenze, ufficio amministrativo, ufficio tecnico, CUP.
- Piano Primo: Anatomia Patologica, obitorio.
- Piano Secondo: Direzione Sanitaria, archivi e servizi.
- Piano Terzo: chirurgia, oculistica, ex Bambino Gesù (vuoto), sale operatorie di ginecologia (vuote), oncologia, RSA, Chiesa, servizi, ambulatorio di cardiologia, palestra riabilitazione, ambulatorio oculistica laboratorio analisi, radiologia, sale operatorie, terapia fisica, riabilitazione, lungodegenza, progetto LILT (vuoto).
- Camera iperbarica:

la camera Iperbarica, attualmente posta nei locali ipogei del Distretto Sanitario di Larino, sarà trasferita nei locali appositamente costruiti situati nelle adiacenze dell'ospedale, conformi ai requisiti previsti dalle vigenti norme relative alle "installazioni pericolose".

Sono presenti, inoltre, locali dedicati alla Direzione Sanitaria, all'archivio e a studi medici.

Posti letto

R.O. Acuti	D.H. Acuti	Totale Acuti	P.L. Tecnici	R.O. Riab.e Lungodeg.	D.H. Riab.e Lungodeg.	Tot. Riab.e Lungodeg.	TOTALE
44	16	60	0	20	0	20	80

Ambulatori:

- | | |
|------------------------------------|---------------------------|
| 1. Oculistica | 5. radiologia |
| 2. Med. e chirurgia d'acc. di urg. | 6. centro di diabetologia |
| 3. ambulatorio di cardiologia | 7. riabilitazione |
| 4. laboratorio analisi | |

f) Carenze

Per assicurare una migliore gestione della struttura e degli ambienti, sarà necessario adeguare l'intero immobile ed eseguire una serie di interventi per sanare le carenze individuate dal punto di vista strutturale, tecnologico e funzionale.

Struttura: non risultano adeguate sismicamente le strutture portanti.

Impianti tecnologici: Sono da adeguare gli impianti tecnologici (elettrico, idrico, termico e sanitario). La struttura dovrà essere, inoltre, adeguata alla normativa per la prevenzione degli incendi

Organizzazione funzionale: Si riscontra una evidente carenza delle tecnologie presenti nella struttura ospedaliera e in particolare: attrezzature RX, S.O., oltre ad una carente disponibilità, di arredi e attrezzature varie per i reparti e i laboratori.

Il Pronto Soccorso e la sala mortuaria, necessitano di ristrutturazione, il Centro Iperbarico, ormai completo, non è ancora stato messo in funzione.

Stabilimento “SS. Rosario” di Venafro

A) Descrizione

Lo stabilimento “SS. Rosario”, ubicato lungo via Colonia Giulia, è situato in una zona periferica posta ai margini del Centro abitato di Venafro, lungo la strada statale n° 87, in direzione Roma.

L'opera, progettata nel 1980, è stata realizzata tra il 1983 ed il 1984.

L'ingresso della struttura e quello del pronto soccorso sono facilmente accessibili in quanto posti direttamente sull'asse stradale interregionale. La viabilità interna è costituita da un'unica strada di servizio che percorre l'intero perimetro del fabbricato. Le aree destinate al parcheggio sono presenti sull'altro lato della strada statale, all'interno dell'area riservata al Distretto sanitario.



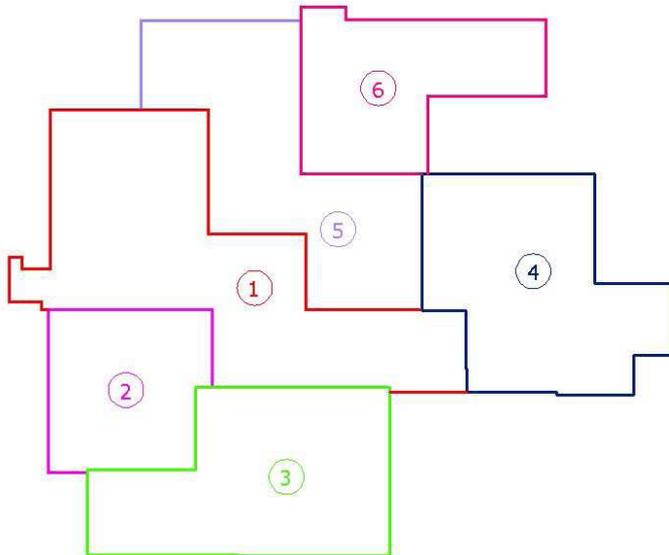


Ingresso al pronto soccorso su Via Giulia Colonia.



Ingresso su Via Pedemontana.

Il Presidio Ospedaliero, composta da 6 corpi di fabbrica raggruppati in un unico edificio, è stato realizzato su di un modello a "piastra", dotato di ampi cortili che consentono l'areo-illuminazione degli ambienti interni.



Al primo livello sono ubicati i servizi logistici e tecnici quali i magazzini, gli spogliatoi, la cucina e la centrale di sterilizzazione.

L'accesso principale è situato al 2° livello del P.O., dove sono presenti anche la hall di ingresso per pazienti esterni e visitatori e la reception della Struttura ospedaliera. A questo piano sono inoltre situati tutti gli uffici amministrativi, il bar, il laboratorio analisi, la farmacia, la dialisi, la cappella e la sala mortuaria.

Al 3° livello si trova l'ingresso del Pronto Soccorso, la riabilitazione e tutti gli ambulatori distrettuali. Inoltre, a questo piano è attualmente in costruzione una Residenza Sanitaria Assistita da 40 posti letto.

Al 4° livello c'è il blocco operatorio ed i reparti di chirurgia, ortopedia e ginecologia oltre a due aree ancora da ultimare.

I piani sono attualmente disimpegnati da 4 blocchi di ascensori periferici e 2 centrali che collegano i diversi livelli.

b) Organizzazione strutturale

Il Presidio Ospedaliero è stato costruito in due lotti successivi, ultimati nel 1984. Entrambi i lotti sono stati realizzati con una struttura mista in c.a. ed acciaio. Il cemento armato è stato utilizzato per la costruzione delle fondazioni, dei corpi scale, dei vani ascensori e delle pareti controvento e contro terra, mentre la parte in elevazione è stata realizzata con profili in acciaio.

Le tamponature e le tramezzature sono state realizzate in parte con pannelli prefabbricati e calcestruzzo alleggerito con argilla espansa e in parte con blocchi Leca. La copertura è del tipo a terrazzo.

In fase di progetto e costruzione è stata considerata la classificazione sismica del Comune di Venafro, inserito nella lista dei Comuni sismici dal D.M. LL.PP. 7 Marzo 1981. Secondo uno studio condotto dal CNR, sullo studio di vulnerabilità dell'edificio, emerge che il presidio in oggetto nonostante sia stato progettato e posto in opera secondo le normative antisismiche dell'epoca è adeguato solo al 36%.

c) Organizzazione Funzionale e distribuzione interna

- Piano 1° livello: Centrali Tecnologiche, magazzini, spogliatoi e i servizi per gli ospedalieri, Cucina e Centrale di Sterilizzazione, archivio RX, tali spazi sono serviti da due accessi, quello per gli utenti e quello per il personale.
- Piano 2° livello: ingresso dotato di una ampia hall con portineria e bar, , area disabili, Farmacia, depositi, Laboratorio Analisi, ufficio Direzione Sanitaria, Uffici amministrativi.
- Piano 3° livello: ingresso con un accesso per pazienti e visitatori ed un accesso distinto per il Pronto Soccorso, ambulatori, palestra, Day Hospital fisioterapico, Radiologia, Pronto Soccorso, Rianimazione, lunga degenza, medicina e degenza infettivi, riabilitazione e palestra, ambulatori, area radiologia, ambulatori del distretto.
- Piano 4° livello: Blocco Operatorio chirurgico e l'ambulatorio di ortopedia, ex degenza ortopedia (vuoto), comparto operatorio (vuoto), ambulatorio di endoscopia digestiva, ginecologia, degenze di Area Chirurgica (Chirurgia generale, Ortopedia, Traumatologia, Chemio e Ostetricia-Ginecologia), Chirurgia generale.

d) Attività distrettuali

Il processo di riconversione della struttura ospedaliera di Venafro è già in atto, il primo piano del P.O. svolge, da tempo, funzioni di medicina territoriale.

Sono in corso i lavori per la realizzazione di una RSA da 40 posti letto destinata a rimpiazzare il reparto di medicina e quello di astanteria del Pronto Soccorso e, sempre allo stesso livello della struttura ospedaliera, sono stati trasferiti tutti gli ambulatori del Distretto Sanitario di Venafro e presto saranno trasferiti anche gli uffici amministrativi.

Posti letto

R.O. Acuti	D.H. Acuti	Totale Acuti	P.L. Tecnici	R.O. Riab.e Lungodeg.	D.H. Riab.e Lungodeg.	Tot. Riab.e Lungodeg.	TOTALE
26	4	30	0	30	2	32	62

Gli ambulatori attualmente funzionanti sono:

- | | |
|------------------------|-------------------------------|
| 1. cardiologia | 5. medicina sportiva |
| 2. psicometria | 6. odontoiatria |
| 3. otorinolaringoiatra | 7. neurologia |
| 4. oculistica | 8. neuropsichiatria infantile |

9. logopedia

11. ginecologia

10. ostetricia

Carenze

Struttura: non risultano adeguate sismicamente le strutture portanti. Evidenti carenze sono riscontrabili nel manto di copertura, nei pannelli di tamponatura e negli infissi esterni che risultano obsoleti. Il Pronto Soccorso, la sala mortuaria e i locali destinati alla cucina e servizi, hanno bisogno di seri lavori di manutenzione straordinaria e di adeguamento alle normative vigenti. Non risultano adatti alle nuove funzioni i percorsi interni, le vie di esodo e gli ascensori.

Impianti tecnologici: Sono da adeguare gli impianti tecnologici (elettrico, idrico, termico e sanitario). La struttura dovrà essere, inoltre, adeguata alla normativa per la prevenzione degli incendi

Organizzazione funzionale: Si riscontra una evidente carenza nelle tecnologie presenti nella struttura ospedaliera e in particolare sulle attrezzature RX, S.O., teleradiologia e strumentario chirurgico, oltre ad una carente disponibilità, sia per quantità che per vetustà, di arredi e attrezzature varie per i reparti e i laboratori.

P.O. di Isernia – Stabilimento “Francesco Veneziale” di Isernia



Descrizione

Il P.O. “Francesco Veneziale” è ubicato a valle del centro urbano di Isernia. Posto nell’immediata periferia della città è collegato alla SS. n° 85 e alla strada di collegamento al centro cittadino.

La viabilità interna è pressoché inesistente, è presente solo su parte del perimetro del fabbricato, lasciando una porzione della struttura completamente inaccessibile ai mezzi. Ciò è dovuto alla pessima ubicazione del Presidio Ospedaliero che, realizzato nell’area disponibile tra la strada e l’alveo del fiume Cavaliere, si trova stretto tra le due barriere senza poter fruire di adeguati spazi di distribuzione e di parcheggio.

La sosta delle auto dei visitatori è stata resa possibile solo dopo la costruzione di un piccolo parcheggio realizzato in un area adiacente situata a sud del presidio. L’area di sosta, però, risulta insufficiente rispetto al fabbisogno della struttura ospedaliera.

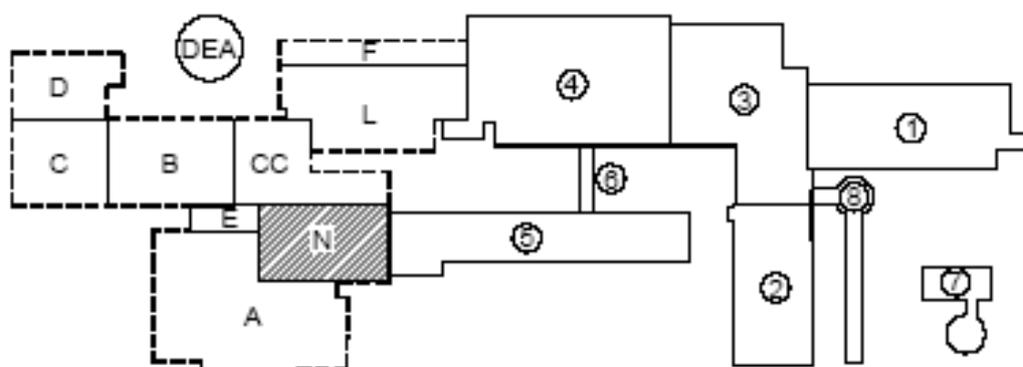


L'opera, progettata intorno alla fine degli anni '60, è stata realizzata tra gli anni '70 e '80, con struttura in calcestruzzo armato e con orizzontamenti in latero-cemento.

La struttura ospedaliera è composta da più corpi di fabbrica di diversa altezza raggruppati in due blocchi. Il primo blocco, ultimato nella seconda metà degli anni settanta, è costituito da cinque costruzioni giuntate, mentre il secondo blocco (DEA), ultimato nel 2004 è formato da 9 corpi di fabbrica.

Il primo blocco comprende 7 corpi di fabbrica aventi forma differente con prevalenza di quella rettangolare allungata e caratterizzati in elevazione da un numero massimo di 6 livelli separati tra di loro da giunti tecnici. Il secondo blocco (DEA) comprende 8 corpi di fabbrica aventi forma in pianta più compatta con un numero massimo di sei livelli.

Nella figura seguente si evidenzia l'intero plesso ospedaliero.



Organizzazione strutturale

Tenuto conto che il Comune di Isernia è inserito nei comuni sismici sin dal 1937, in applicazione della L.2105 del 1937, tutti i corpi di fabbrica sono stati realizzati nel rispetto della normativa sismica vigente dell'epoca della costruzione. Tutto ciò implica, quantitativamente, un deficit di adeguamento delle strutture rispetto alla normativa del 2008.

Per quanto riguarda il primo blocco si è in presenza di calcestruzzo con oltre 35 anni e di acciaio liscio, mentre per il secondo nucleo, il calcestruzzo è più giovane e di migliore qualità e le armature sono in acciaio ad aderenza migliorata. Ciò evidenzia una differenza sostanziale tra i due blocchi e, indipendentemente dalla normativa, una vulnerabilità maggiore del primo blocco è da imputare alle proprietà meccaniche dei materiali (acciaio e calcestruzzo), inferiori a quelle del secondo blocco. Da uno studio condotto dal C.N.R. si ha una vulnerabilità **Alta** per quanto riguarda il primo blocco e **Medio-alta** per il nucleo DEA.

Organizzazione Funzionale – caratteristiche distributive interne.

Blocco degenze:

- Piano 2° seminterrato: il piano è destinato principalmente ai collegamenti ed ai percorsi per lo sporco. Sono presenti, inoltre, le aree relative allo stoccaggio, la centrale termica, gli archivi, la farmacia, l'ex sterilizzazione e la Camera mortuaria

- Piano 1° seminterrato: il piano è dedicato, in via prioritaria, ai servizi logistici quali archivi, guardaroba per il personale, cucina, mensa, ex emodiliasi (vuoto), cabina elettrica, centro trasfusionale, ex scuola igienisti dentale ed osmosi. Sono inoltre presenti la guardia medica – codice bianco e la direzione sanitaria.
- Piano terra: al piano sono ubicati i servizi diagnostici e sanitari, la radiologia, la psichiatria, l'emodiliasi, il servizio di 118, gli ambulatori, la medicina nucleare e la centrale telefonica
- Piano primo: reparto di medicina e diagnostica ambulatoriale;
- Piano secondo: reparto di strock-unit e le sale operatorie;
- Piano terzo: reparto di ostetricia e ginecologia, nido, più ambulatori, blocco operatorio.
- Piano quarto: reparti, anatomia e istologia patologica, sala operatoria per medicazioni ortopediche e sala gessi, celle per detenuti.
- Piano quinto: ex alloggio suore (vuoto), cappella.

Blocco DEA:

- Piano 1° seminterrato: il piano è dedicato interamente al nuovo blocco operatorio;
- Piano terra: al piano è ubicato il pronto soccorso ed il reparto di rianimazione;
- Piano primo: reparto di cardiologia;
- Piano secondo: reparto di oculistica e gli ambulatori ad esso collegati.

Posti letto

R.O. Acuti	D.H. Acuti	Totale Acuti	P.L. Tecnici	R.O. Riab.e Lungodeg.	D.H. Riab.e Lungodeg.	Tot. Riab.e Lungodeg.	TOTALE
119	20	139	0	0	0	0	139

Ambulatori:

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| 1. Cardiologia | 5. Otorinolaringoiatra |
| 2. Chirurgia generale | 6. Pediatria |
| 3. Medicina generale | 7. Psichiatria |
| 4. Neurologia | 8. Terapia intensiva |
| 9. Unità coronarico UTIC | |
| 10. Oncologia | |

Carenze.

Per assicurare una migliore gestione della struttura e degli ambienti, finalizzati alla salvaguardia delle vite umane, derivanti dalla mancanza di una soddisfacente funzionalità e sicurezza dell'ospedale, sarà necessario adeguare l'intero immobile ed eseguire una serie di interventi per sanare le carenze individuate dal punto di vista strutturale, tecnologico e funzionale.

Struttura: non risultano adeguate sismicamente le strutture portanti, le tamponature sono in cattivo stato di conservazione, così come gli infissi esterni. Dovranno essere adeguati i percorsi interni, le vie di esodo e dovrà essere realizzato l'anello stradale perimetrale che servirà anche da percorso antincendio.

Impianti tecnologici: Sono da adeguare gli impianti tecnologici (elettrico, idrico, termico e sanitario). La struttura dovrà essere adeguata alla normativa per la prevenzione degli incendi. Sono da adeguare, inoltre, la centrale gas medicali, la centrale termica, e la cabina elettrica.

Organizzazione funzionale: si riscontra una carenza evidente dei percorsi di entrata e di uscita ed una sovrapposizione degli stessi. L'accesso al Pronto Soccorso si interseca con quelli di ingresso agli ambulatori ed al punto di ristoro. Le autoambulanze sono collocate in luoghi non idonei e sono privi di un percorso privilegiato. Le aree di parcheggio per i visitatori sono insufficienti al fabbisogno dell'ospedale e quelle relative al personale interno sono quasi totalmente assenti. Il nuovo blocco operatorio è stato realizzato troppo lontano dalle degenze creando enormi problemi logistici nonostante sia stato costruito un percorso riservato al trasporto dei pazienti. Il montalettighe che collega il pronto soccorso con le sale operatorie è molto stretto e non permette il trasporto del paziente nel letto di degenza.

Si riscontrano, inoltre, evidenti carenze in merito al parco tecnologico, soprattutto nella diagnostica radiologica e per immagini, oltre ad una carente disponibilità di arredi e attrezzature varie per i reparti e i laboratori.

P.O. di Termoli – Stabilimento “San Timoteo” di Termoli

Descrizione del Presidio Ospedaliero:

Lo stabilimento “San Timoteo” è ubicato in Viale San Francesco, nella periferia sud dell’abitato, in una zona periferica del Centro abitato di Termoli, nei pressi dell’autostrada A14 e della tangenziale esterna alla città.



Il Complesso ospedaliero è articolato essenzialmente in un'unica grande struttura, costituita da 6 livelli, di cui uno seminterrato, con annessi servizi generali.

L'Ospedale è stato costruito, secondo un progetto redatto nel 1977, tra la fine degli anni settanta e gli inizi degli anni novanta ed è formato da 5 corpi di fabbrica giuntati.

La struttura portante è stata realizzata interamente con elementi prefabbricati in c.a..



L'ospedale è servito da un parcheggio esterno ad uso esclusivo del complesso ospedaliero.

L'ingresso principale è posizionato al 2° livello, in adiacenza al Day Hospital. Sullo stesso lato dell'ingresso principale è posto l'accesso del Pronto Soccorso e dell'Astanteria.

Al 1° livello sono posizionati i locali tecnologici, i magazzini del pulito, gli spazi destinati alla sterilizzazione, depositi e archivi, alla farmacia e agli spogliatoi. Vi è inoltre un locale destinato alla rimessa ambulanze con accesso indipendente

b) Organizzazione strutturale

La struttura portante è stata realizzata interamente in cemento armato con elementi prefabbricati.

Le tamponature esterne sono realizzate con pannelli prefabbricati in cls armato e posti in opera alle travi perimetrali, mediante ancoraggi bullonati in acciaio.

Organizzazione Funzionale e distribuzione interna

Le caratteristiche distributive delle unità operative presenti nel Presidio Ospedaliero, con particolare attenzione ai contenuti e alle relazioni funzionali ed alle interrelazioni organizzative di interpiano, vengono così descritte:

- Piano Terra: Reparto di Psichiatria, Cucina, Cappella, Centrali termiche e Elettriche, Fisioterapia e Riabilitazione, Camera Mortuaria, Anatomia Patologica, Sala Donatori, Risonanza Magnetica, Centro Trasfusionale, Vecchia Sterilizzazione, Farmacia, Guardaroba, Magazzino, Economato, Depositi Vari.
- Piano Primo: Astanteria, Pronto Soccorso, Poliambulatorio, Endoscopia, Urologia, Locali 118, Camera Autisti, Sala Piccoli Interventi, Direzione Sanitaria, Radiologia, Laboratorio Analisi, Nuova Sterilizzazione, Dialisi, Blocco Parto, Rianimazione, Unità Coronariche, Bar/ Ristoro, Cup, Centralino, Servizio di Portineria, Emodinamica, Blocco Operatorio.
- Piano Secondo: Ostetricia / Ginecologia, Università, Ufficio Tecnico, Direzione Amministrativa,

Pediatria / Nido, Servizi Prevenzione e Protezione.

- Piano Terzo: Reparto di Ortopedia, Reparto di Otorino, Reparto di Chirurgia, Diabetologia.
- Piano Quarto: Reparto di Medicina, Gastroenterologia, Reparto di Urologia, Reparto di Cardiologia.

Posti letto

R.O. Acuti	D.H. Acuti	Totale Acuti	P.L. Tecnici	R.O. Riab.e Lungodeg.	D.H. Riab.e Lungodeg.	Tot. Riab.e Lungodeg.	TOTALE
154	28	182	8	0	0	0	190

Ambulatori:

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. Cardiologia | 7. Urologia |
| 2. Chirurgia generale | 8. Terapia intensiva |
| 3. Mal. end. e metab. | 9. Unità coronarica UTIC |
| 4. Medicina generale | 10. Med. e chir. Di accet. D'urg. |
| 5. Ortopedia e traumatologia | 11. Oncoematologia |
| 6. Ostetricia e ginecologia | |

Carenze

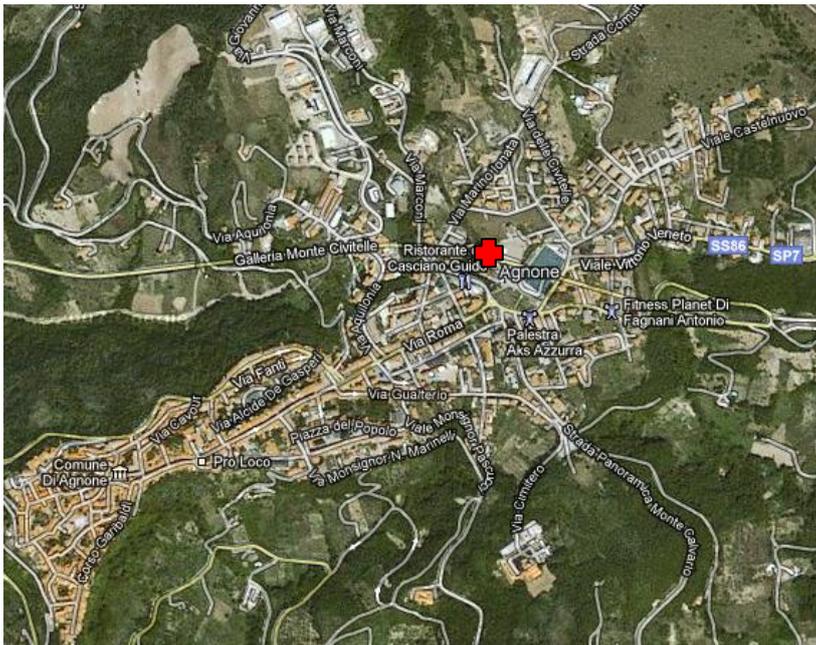
Per assicurare una migliore gestione della struttura e degli ambienti, finalizzati alla salvaguardia della vite umane, derivanti dalla mancanza di una soddisfacente funzionalità e sicurezza dell'ospedale, sarà necessario adeguare l'intero immobile ed eseguire una serie di interventi dal punto di vista strutturale, tecnologico e funzionale.

Struttura: Bisognerà adeguare sismicamente le strutture portanti.

Impianti tecnologici: Sono da adeguare gli impianti tecnologici (elettrico, idrico, termico e sanitario). La struttura dovrà essere, inoltre, adeguata alla normativa per la prevenzione degli incendi.

Organizzazione funzionale: Si riscontra una evidente carenza nelle tecnologie presenti nella struttura ospedaliera e in particolare sulle attrezzature RX, S.O., degli arredi e attrezzature varie per i reparti e i laboratori.

P.O. di Isernia – Stabilimento “San Francesco Caracciolo” di Agnone



Descrizione del Presidio Ospedaliero:

lo Stabilimento Ospedaliero di San Francesco Caracciolo è situato nella zona alta di Agnone, in adiacenza al centro urbano della città, è accessibile direttamente dalla viabilità esterna attraverso l'ingresso nord della tangenziale. L'ingresso principale consente sia l'accesso alla struttura ospedaliera, che la possibilità di parcheggio delle ambulanze e delle auto di servizio. La sosta delle auto dei visitatori è invece assicurata da un vasto parcheggio adiacente allo Stadio Comunale.

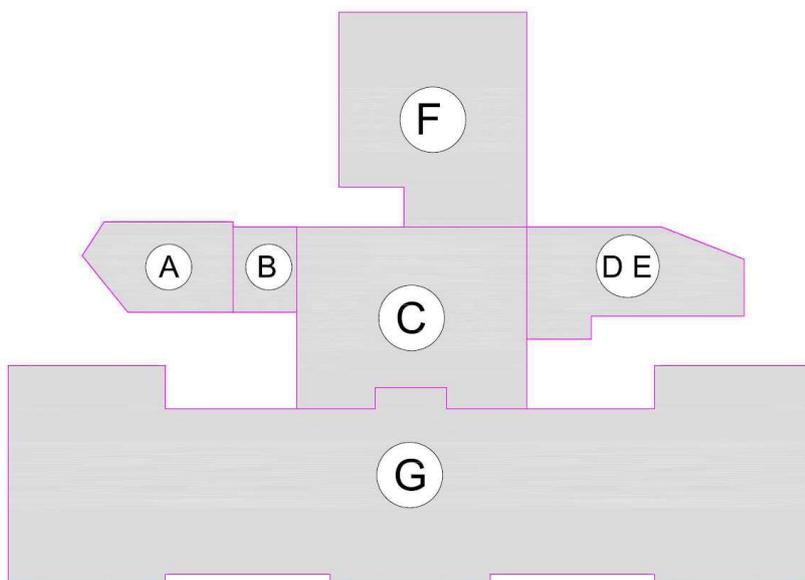


Il Presidio Ospedaliero è stato inaugurato nel 1952, all'epoca la struttura era composta dal solo corpo anteriore in muratura (Corpo G), costituito da tre livelli in elevazione e copertura a padiglione.

Nel 1978 l'ospedale è stato oggetto di un primo ampliamento tramite una struttura in cemento armato, che ha sopraelevato di due piani la costruzione in muratura esistente e l'ha ampliata posteriormente (Corpo C). Successivamente, nel 1985, sono stati realizzati gli ampliamenti denominati Corpo A, Corpo B e Corpo D-E.

Nel 1988 il presidio è stato completato con la costruzione del Corpo F.

Planimetria Presidio Ospedaliero "San Francesco Caracciolo".



Negli anni novanta, infine, è stato realizzato il corpo di fabbrica che attualmente è adibito ad obitorio e farmacia.

Al fine di meglio integrare le diverse attività presenti nel presidio ospedaliero, gli edifici sono stati collegati in modo funzionale con un tunnel di servizio.

Il corpo di fabbrica, G è sfalsato rispetto a tutti gli altri corpi di fabbrica di circa 1,50 mt.

Le due strutture sono servite da un unico ascensore posizionato nella parte centrale del presidio ospedaliero, altri due ascensori servono rispettivamente la vecchia e la nuova struttura.

Il Pronto Soccorso ha un accesso esterno indipendente, posto al piano seminterrato, raggiungibile direttamente con l'autoambulanza.

Organizzazione strutturale

Il complesso ospedaliero ha una struttura del tipo mista. Il blocco originario, in muratura portante di notevole spessore e con orizzontamenti latero-cementizi, è stato ultimato verso la fine degli anni '60, mentre il corpo aggiunto, realizzato con struttura intelaiata in cemento armato, è stato ultimato verso la fine degli anni '90.

Il corpo G è costituito, per i primi tre livelli in elevazione, da una struttura in muratura portante e per gli ulteriori due livelli, sopraelevazione realizzata negli anni '80, da una struttura in cemento armato a telai piani. Al terzo piano è presente un solaio doppio, generato dalla sovrapposizione del solaio di sottotetto del fabbricato originario e del primo solaio della struttura di sopraelevazione.

A seguito di uno studio della vulnerabilità sismica, eseguito in collaborazione con il Consiglio Nazionale della Ricerca, emerge che i corpi in c.a., risultano adeguati solo al 49%, nonostante siano stati progettati secondo la normativa sismica dell'epoca.

Organizzazione Funzionale – caratteristiche distributive interne.

Le caratteristiche distributive delle unità operative presenti nel Presidio Ospedaliero, vengono così descritte:

- **Piano interrato (-1,50):** cucina, guardaroba e annessi locali di servizio, locali centrali tecnologici, deposito manutenzione;
- **Piano terra (0,00):** ingresso, accettazione ospedaliera, Pronto Soccorso – 118;
- **piano rialzato (+1,50):** SERT, S.I.T., Distretto Socio Sanitario con i seguenti Ambulatori: consultorio familiare - ginecologia, dermatologia, ecografia, fisiatria, psichiatria;
- **piano primo (+3,00):** radiologia e dialisi;
- **piano primo (+4,50):** U.O.C. Medicina donne / uomini e lungodegenza;
- **piano secondo (+6,00):** blocco operatorio, laboratorio analisi;
- **piano secondo (+7,50):** chirurgia uomini e ambulatori;
- **Piano terzo (+10,50):** fisioterapia, reumatologia, ambulatori, direzione sanitaria, cappella, palestra, biblioteca;
- **fabbricato adiacente:** Morgue e farmacia;
- **Palazzina amministrativa:** uffici

Posti letto

R.O. Acuti	D.H. Acuti	Totale Acuti	P.L. Tecnici	R.O. Riab.e Lungodeg.	D.H. Riab.e Lungodeg.	Tot. Riab.e Lungodeg.	TOTALE
28	12	40	0	14	0	14	54

Ambulatori: numero ambulatori 11

1. Chirurgia Generale
2. Medicina generale
3. Ostetricia – Ginecologia
4. Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza
5. Reumatologia
6. Urologia
7. Cardiologia
8. Ortopedia
9. Diabetologia
10. O.R.L.
11. Oculistica

Carenze

La struttura presenta carenze costruttive, tecnologiche e funzionali come di seguito descritte:

Struttura: non risultano adeguate sismicamente le strutture portanti. Gli ascensori presenti non assicurano un razionale accesso ai diversi piani. Risultano in cattivo stato manutentivo, la copertura, gli infissi, le porte interne e la pavimentazione di tutta la struttura ospedaliera, ad eccezione di quelli presenti nel piano rialzato. Il presidio ospedaliero risulta non conforme al D.P.R. del 1 agosto 2011, n. 151, riguardante lo "Schema di regolamento per la disciplina dei procedimenti relativi alla prevenzione incendi".

Impianti tecnologici: Sono da adeguare gli impianti tecnologici (elettrico, idrico, termico e sanitario). La struttura dovrà essere adeguata alla normativa per la prevenzione degli incendi. Sono da adeguare, inoltre, gli impianti tecnologici (impianto antincendio, impianto elettrico, idrico, termico e sanitario).

Organizzazione funzionale: si riscontra una carenza evidente dei percorsi di entrata e di uscita dell'accesso al Pronto Soccorso, inoltre le autoambulanze sono collocate in luoghi non idonei e privi di un percorso privilegiato.

La nuova struttura

L'edificio è ubicato in località "Marinelle" nel Comune di Agnone, in una zona isolata posta ad est del centro abitato.

Il progetto generale è stato redatto nel 1984 ed i lavori hanno avuto inizio nel 1986. Nel 1988 è stata approvata la prima perizia di variante finalizzata a varianti strutturali e di conseguenza architettoniche. La variante ha comportato quote di imposta del corpo di fabbrica diverse da quelle del progetto originale, causando modifiche sostanziali alle funzioni ospedaliere. Nel 1994 è stata redatta l'ultima perizia di variante volta alla sopraelevazione di un piano sull'intera struttura.

Il progetto prevede l'accesso principale a nord, dove è ubicata anche l'area di parcheggio per i visitatori. Da detta area di parcheggio muovono due strade, una verso l'ingresso principale dell'ospedale, l'altra, dedicata alle ambulanze, verso il Pronto Soccorso. I due percorsi si collegano perimetrando tutto l'ospedale. L'anello viario, così determinato, ha la funzione di assicurare anche il pronto intervento da parte dei Vigili del Fuoco.

Il modello architettonico della struttura è del tipo a piastra, ha un andamento orizzontale su di un reticolo bidimensionale articolato su quattro livelli.

Il primo livello, in diretto rapporto con l'esterno, accoglie le attività rivolte ai servizi generali (cucina, lavanderia, magazzini, laboratorio di manutenzione, ecc.), le centrali tecniche, i servizi del personale con gli spogliatoi centralizzati e la farmacia.

Al secondo livello è prevista la Hall di ingresso per i visitatori, gli ambulatori e il dipartimento di emergenza.

Al terzo livello sono previste le degenze di chirurgia, ostetricia, ginecologia e pediatria, il blocco operatorio e il blocco della sala parto.

Al quarto livello sono previste le ulteriori degenze. Le camere di ricovero sono da 2 o 4 posti letti e posizionate lungo il perimetro esterno dell'ospedale.

Nel piano sottotetto è ubicata la sottocentrale degli impianti.

Allo stato attuale è stata realizzata la sola struttura in cemento armato e la compagnatura di parte dell'edificio. I lavori sono fermi da oltre un decennio.

La struttura ospedaliera della Fondazione Giovanni Paolo II

La situazione edilizia

La struttura della Fondazione Giovanni Paolo II è una struttura ospedaliera moderna e razionale, conforme ai dettami della normativa antisismica, sicuramente più recente rispetto a quella della struttura ospedaliera del Cardarelli (DM dei LL.PP. del 9 gennaio 1996), ed ai requisiti normativi vigenti relativi all'antincendio ed alla sicurezza degli impianti.

Il Presidio Ospedaliero è stato realizzato secondo due lotti funzionali come di seguito specificato:

1° lotto: finanziato per l'importo di € 36.152.000,00, con delibera CIPE del 30.05.1991 a valere sui fondi della legge 64/1986 (Interventi per il Mezzogiorno),

2° lotto: finanziato per l'importo di € 49.579.861,97, di cui € 5.164.568,99 con delibera CIPE n. 121 del 30.06.1999, € 10.329.137,98 con Decreto del Ministero della Sanità del 18.06.2000 ed € 34.086.155,00 attraverso le risorse di cui all'art. 20 della legge 67/88 (II fase). Per quest'ultimo finanziamento è stato siglato in data 28 novembre 2002 un Accordo di Programma tra Il Ministero dell'Istruzione, dell'Università, della Ricerca, il Ministero della Salute, la Regione Molise e L'Università Cattolica del Sacro Cuore.

Per garantire l'attuazione di detto AdP (28.11.2002) le parti si sono impegnate ad assicurare la copertura finanziaria dell'intervento secondo la successiva ripartizione:

- Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca:	€	10.329.138,00
- Ministero della Salute	€	6.197.483,00
- Regione Molise	€	10.329.138,00
- Università Cattolica del Sacro Cuore	€	<u>7.230.396,00</u>
SOMMANO	€	34.086.155,00

Con detti finanziamenti è stata realizzata una struttura ospedaliera, completa di attrezzature ed arredi, di circa 280 posti, completa di 7 sale operatorie, 2 sale per emodinamica, 16 blocchi di UTIC, di cui 7 post chirurgici, oltre a spazi per ambulatori, reparti per la diagnostica e per i laboratori.

Allo stato attuale la struttura presenta spazi sovrabbondanti rispetto alle esigenze della Fondazione Giovanni Paolo II, che occupa solo parzialmente gli spazi realizzati, utilizza, infatti, solo 2 dei 4 blocchi di degenza edificati e solo tre delle 7 sale operatorie realizzate.

Nella struttura sono presenti anche spazi non ultimati che sono ancora al rustico.

La struttura

Il "Centro di Ricerca nelle Scienze Biomediche" realizzato in c.da Tappino del Comune di Campobasso, riportato in catasto al foglio 63 particella n. 59, è stato autorizzato con Concessione edilizia n. 8/93 e successive varianti n. 168/94, 3/95 e 82/02.

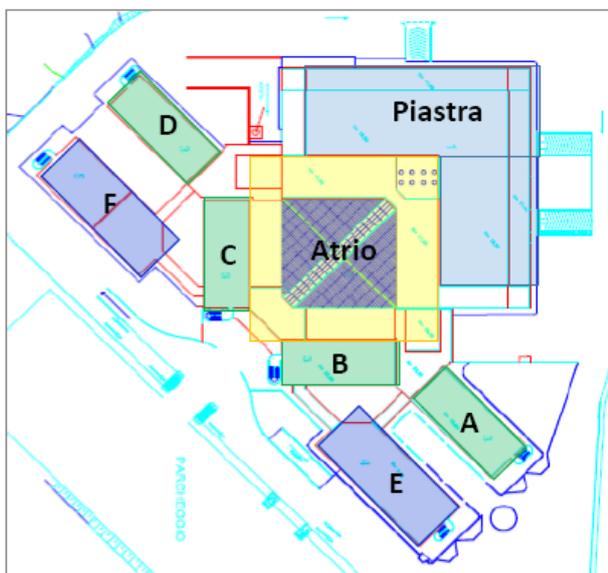
Il progetto delle strutture è stato depositato, ai sensi della Legge 1086/71 e Legge Regionale n. 20 del 06.06.1996, presso l'Assessorato Regionale Urbanistica, sezioni Comuni Sismici della Regione Molise, in data 22.12.1995 ed integrata in data 11.06.0996 al n. CB/B/131/1.

I lavori strutturali sono stati ultimati in data 26.02.2002, collaudati in data 21.05.2002 (primo lotto) ed in data 04.02.2005 (secondo lotto) ai sensi degli artt. 9 e 7, rispettivamente della legge Regionale n. 20/96 e della Legge 1086/71.

La struttura centrale si compone di 4 tipologie di edificio, con uno sviluppo verticale differente.

- **PIASTRA.** Al suo interno sono collocati i principali servizi di diagnostica e laboratori, il blocco chirurgico, le unità di terapia intensiva, i servizi di supporto al personale e logistica. Si configura, quindi, come il corpo dei servizi.
- **EDIFICI A-B-C-D.** Edifici destinati prettamente alle degenze, ciascun corpo ha una configurazione in grado di ospitare 22 posti letto (con 10 camere a 2 letti e 2 camere singole).
- **EDIFICI E-F.** Edifici adibiti ad uffici, ambulatori e alla didattica. Sono edifici con ampia flessibilità funzionale.
- **ATRIO.** Area destinata agli ambulatori e uffici.

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



PIASTRA:

- Al piano interrato sono concentrati i servizi di supporto del personale (spogliatoio) e all'attività ordinaria, compresa la catena logistica come farmacia e magazzino.
- Al piano terra e al secondo piano sono collocati i laboratori di ricerca universitaria (piano terra) e i laboratori e la diagnostica (primo piano).
- Al secondo piano è ubicato il blocco operatorio, le unità di terapia intensiva e i servizi di supporto all'attività chirurgica.

ATRIO:

- Al piano interrato si trovano altri i servizi di supporto del personale (spogliatoio) e all'attività ordinaria.
- Al piano terra sono collocati i servizi (con relativi ambienti) che si interfacciano con gli utenti. In questa area si concentrano anche i punti di ristoro e gli esercizi commerciali.
- Al primo piano, invece, si trovano ambulatori e laboratori.

COLONNE POLIFUNZIONALI - E -F:

- Al piano interrato, solo per la colonna F, si trova un'area a rustico, sarebbero quindi richiesti lavori di completamento per rendere questo spazio operativo.
- Al piano terra sono state posizionate delle aree dedicata alla didattica universitaria. In particolare per la colonna F, sulla base delle informazioni in possesso, la struttura non è ancora operativa.
- Al primo piano si trovano uffici nella colonna E (uffici della presidenza), mentre la colonna F è attualmente a rustico.

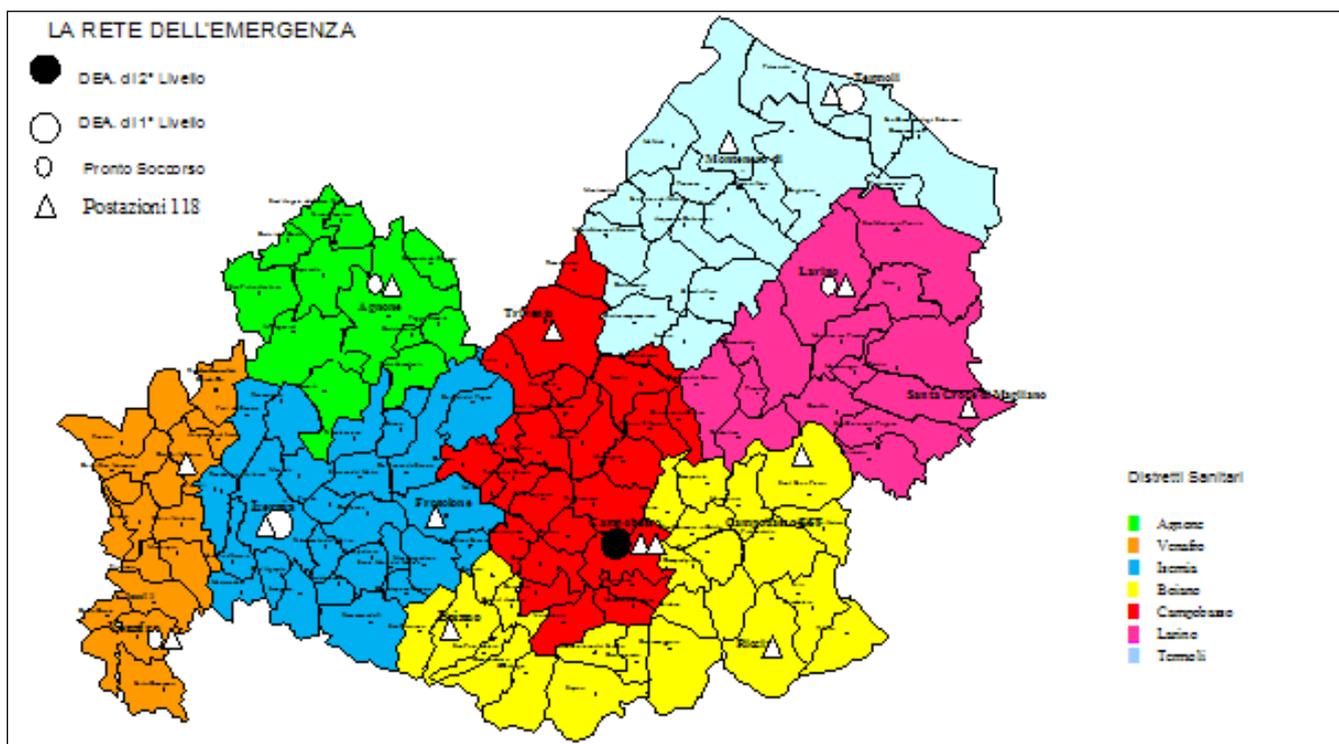
COLONNA A-B-C-D

- Al piano quota -7,80 è posizionata la medicina nucleare, a quota -3.80 sono situati i locali adibiti alla didattica, agli studi medici, agli uffici amministrativi ed alla mensa, a quota 0.00 sono ubicati i locali adibiti ad ambulatori, studi medici e Day Hospital, i livelli 3,80, 7.60, ed 11,60 sono destinati alle degenze mentre l'ultimo livello, quota 14.40, è utilizzato come foresteria.

La rete di emergenza

La rete dell'emergenza è attualmente organizzata su tre livelli:

- la rete dei DEA/PS ospedalieri, con una DEA di 2° livello, presso l'Ospedale Cardarelli di Campobasso, due DEA di 1° livello presso gli Ospedali di Isernia e Termoli e tre PS, presso gli Ospedali di Agnone, Venafro e Larino;
- il servizio 118, attivato a fine 2000 ed ora a regime, organizzato su base regionale, con 16 postazioni distribuite sul territorio per tenere conto dei tempi di accesso;
- il servizio di continuità assistenziale, organizzato su 44 punti.



LA RETE EXTRAOSPEDALIERA

Assistenza specialistica ambulatoriale

Il Poliambulatorio rappresenta, attualmente, uno degli elementi cardine della struttura sanitaria. La struttura poliambulatoriale si trova a dover rispondere ad una serie di diverse esigenze, di tipo diagnostico, terapeutico e preventivo, espresse da "un'utenza" territoriale.. Questa struttura assume pertanto un ruolo di "ponte" tra il " territorio" e l'ospedale

L'assistenza specialistica ambulatoriale è sviluppata mediante:

- gli ambulatori ospedalieri a gestione diretta dell'ASREM; Zona Centro Molise e 4 nella Zona Basso Molise;
- gli ambulatori degli istituti di ricovero e cura di rilevanza nazionale (IRCCS Neuromed e la Fondazione di Ricerca e Cura - Giovanni Paolo II);
- gli ambulatori delle case di cura private;

- gli ambulatori privati.

Nel dettaglio, i poliambulatori esistenti sono i seguenti:

- | | |
|---------------|-----------------------------|
| 1. Venafro | 8. Riccia |
| 2. Agnone | 9. S. Elia a Pianisi |
| 3. Isernia | 10. Montenero di Bisaccia |
| 4. Frosolone | 11. Castelmauro |
| 5. Trivento | 12. Santa Croce di Magliano |
| 6. Boiano | 13. Larino |
| 7. Campobasso | 14. Termoli |

Poliambulatorio – Venafro

Descrizione

Il Poliambulatorio è costituito da un unico corpo di fabbrica di forma rettangolare che si sviluppa su quattro livelli. Funzionalmente, i collegamenti orizzontali sono strutturati mediante un unico corridoio centrale che distribuisce e connette, per ogni piano, gli ambulatori ed i relativi servizi. Quelli verticali sono assicurati da tre ascensori situati all'ingresso della struttura e da un unico corpo scala posizionato nell'estremità opposta all'ingresso.

Il fabbricato, realizzato con struttura portante in c.a., è stato costruito negli anni 70 come ampliamento dell'ex P.O. SS Rosario. Successivamente, nella seconda metà degli anni '80, a seguito del trasferimento del presidio Ospedaliero nella nuova struttura, è stato riconvertito in poliambulatorio.

L'immobile è ubicato su di un'area recintata, sistemata a verde ed attrezzata con parcheggi.

Nella successiva tabella è riportato il Poliambulatorio ed i Comuni ad esso collegati, con le distanze in chilometri, i tempi di percorrenza e la popolazione servita.

	<i>Comune</i>	<i>Km</i>	<i>min</i>	<i>Popol.</i>
Venafro	Venafro	-	-	11.502
	Sesto campano	9,5	13	2.437
	Conca Casale	11,6	19	225
	Pozzilli	4,4	10	2.346
	Filignano	10,7	17	729
	Montaquila	15	21	2.502
	Colli al Volturno	20	26	1.378
	Scapoli	26,3	33	783
	Rocchetta al Volturno	24,3	31	1.082
	Castel San Vincenzo	31,8	39	566
	Cerro a Volturno	28	35	1.384
	Pizzone	33,2	42	340
	Montenero Val Cocchiara	46,8	52	573
	Acquaviva di Isernia	36,9	44	457
	Rionero Sannitico	36,2	38	1.185
Fornelli	22.4	31	2020	
			29.509	

Organizzazione Funzionale

Le caratteristiche distributive delle unità operative presenti nel Poliambulatorio, vengono così descritte:

Al Piano terra sono localizzati gli ambienti di servizio quali: gli archivi, l'archivio parco protesi, il centralino e locali destinati al servizio Sert.

Al piano primo sono localizzate le funzioni più specificatamente sanitarie, ma presente anche una zona destinata agli uffici amministrativi, prenotazione, sala riunioni farmaceutica. Gli ambulatori specialistici, li possiamo elencare in:

- Ambulatorio di cardiologia;

- Ambulatorio di neurologia;
- Ambulatorio di oculistica;
- Ambulatorio di odontoiatria;
- Ambulatorio di otorinolaringoiatra

Al piano secondo sono ubicati gli spazi destinati a funzioni amministrativo – sanitarie come; uffici del direttore, uffici medici, uffici esenzione e locali destinati alla segreteria .

Il piano terzo ha una funzioni più propriamente sanitaria .Vi trovano collocazione locali destinati al servizio di igiene, locali destinati al servizio di veterinaria, oltre ad una zona che ha funzione di archivio.

Poliambulatorio – Agnone

Descrizione

La struttura Poliambulatoriale è situata al piano terra dell'attuale Presidio Ospedaliero ed occupa gli spazi che erano utilizzati dal reparto di ostetricia e ginecologia.

Nella successiva tabella è riportato il Poliambulatorio ed i Comuni ad esso collegati, con le distanze in chilometri, i tempi di percorrenza e la popolazione servita.

	<i>Comune</i>	<i>Km</i>	<i>min</i>	<i>Popol.</i>
Agnone	Agnone	-	-	5.391
	Vastogirardi	22,1	29	768
	Piertabbondante	21,9	28	840
	Castelverrino	10,2	17	144
	Poggio sannita	8,6	13	817
	San Pietro Avellana	33,7	45	552
	Capracotta	18,9	30	961
	Castel del Giudice	24,7	41	357
	Perscopennataro	14,8	24	316
	Sant'Angelo del Pesco	25,7	42	378
	Belmonte del Sannio	6,4	11	855
				11.379

Organizzazione Funzionale

Le caratteristiche distributive delle unità operative presenti nel Poliambulatorio, vengono così descritte: dall'ingresso si accede alla zona riservata, agli uffici dei medici, al SERT e ai locali destinati agli assistenti sociali. Dalla uffici si passa alla zona destinata agli ambulatori specialistici, che si affacciano su di un lungo corridoio e che si possono elencare in:

- Ambulatorio di chirurgia;
- Ambulatorio di odontoiatria;
- Ambulatorio di fisiatria ;
- Ambulatorio di dermatologia;
- Ambulatorio di urologi.

Poliambulatorio – Isernia

Descrizione

Il Poliambulatorio, è costituito da un unico corpo di fabbrica che si sviluppa su tre livelli fuori terra e due piani seminterrati. La struttura è dotata di un unico corpo scala posizionato approssimativamente al centro dell'immobile, che serve i due piani seminterrati e il piano terra. L'immobile è servito da due ingressi, uno posto al piano terra e l'altro, quello principale, è posizionato al primo piano seminterrato. Il poliambulatorio è servito da un ascensore – monta lettighe, che collega tutti i piani ed è situato in adiacenza al vano scala. L'immobile è ubicato su di un'area recintata, sistemata a verde ed attrezzata con parcheggi.

Nella successiva tabella è riportato il Poliambulatorio ed i Comuni ad esso collegati, con le distanze in chilometri, i tempi di percorrenza e la popolazione servita.

	<i>Comune</i>	<i>Km</i>	<i>min</i>	<i>Popol.</i>
Isernia	Isernia	-	-	21.997
	Longano	10,1	16	735
	Carovilli	19,7	28	1.440
	Castelpizzuto	14,7	16	156
	Pettoranello del Molise	7,7	13	478
	Sant'Agapito	9,5	16	1.394
	Monteroduni	15,9	23	1.578
	Macchia di Isernia	8,7	12	986
	Chiauci	19,1	23	273
	Forlì del Sannio	16,6	21	753
	Roccasicura	20	33	580
	Miranda	8,9	15	1.067
	Pesche	6	11	1.578
	Sessano del Molise	12,9	19	784
	Pescolanciano	17,7	23	906
	Carpinone	9,9	15	1.224
	Castelpetroso	16,3	20	1.644
				37.573

Organizzazione Funzionale

Le caratteristiche distributive delle unità operative presenti nel Poliambulatorio, vengono così descritte:

- al 2° piano seminterrato sono collocati : spazi riservati all'accettazione, sala di attesa, zona per servizi di assistenza sociale, di pedagogia, assistenza sanitaria infermieristica, oltre a spazi destinati ai servizi igienici, locale caldaia e archivi.
- al 1° piano seminterrato è situato un ingresso centrale che separa la struttura in due parti ben distinte. Nella parte a sinistra sono stati collocati ambienti a destinazione amministrativa e al servizio radiologico ambulatoriale.

Alla destra dell'ingresso sono stati collocati locali a destinazione prettamente sanitaria come gli ambulatori specialistici, che possiamo elencare in:

- Ambulatorio di neurologia;
- Ambulatorio di odontoiatria – odontomatologia;
- Ambulatorio di dermatologia;
- Ambulatorio di ostetricia – ginecologia;

- Ambulatorio di oculistica;
- Ambulatorio di chirurgia – ortopedia –urologia;
- Ambulatorio di radiologia;
- Ambulatorio di fisioterapia;
- Ambulatorio di otorinolaringoiatra;
- Ambulatorio di cardiologia;
- Ambulatorio di medicina sportiva;
- Ambulatorio di pediatria.
- Punto prelievo

Al piano terra sono collocati due ingressi: uno dà accesso alla zona destinata ai locali di veterinaria e di Igiene Pubblica. L'altro ingresso serve gli ambulatori di fisioterapia. Entrambe le zone sono dotate di servizi igienici. Sempre al piano terra trovano collocazione agli archivi e la sala video conferenza.

Poliambulatorio – Frosolone

Descrizione

Il Poliambulatorio, è costituito da un unico corpo di fabbrica a forma rettangolare che si sviluppa su più livelli. Gli esterni sono realizzati in cls a faccia vista, alternati a mattoncini. La struttura è dotata di un unico corpo scala posizionata al centro dell'immobile. Lo stabile è servito da due ingressi, quello principale posto al piano primo, l'altro al piano terra, riservato al servizio del 118. Il poliambulatorio è servito da un ascensore invalidi, che collega i due piani fuori terra ed è collocato in adiacenza al vano scala.

L'immobile è ubicato su di un'area adeguatamente recintata ed attrezzata con parcheggi.

Nella successiva tabella è riportato il Poliambulatorio ed i Comuni ad esso collegati, con le distanze in chilometri, i tempi di percorrenza e la popolazione servita.

	Comune	Km	min	Popol.
Frosolone	Frosolone	-	-	3.273
	Macchiagodena	9,8	13	1.897
	Civitanova del Sannio	12,1	17	952
	Bagnoli del Trigno	21,6	26	779
	Sant 'Elena Sannita	4,8	9	268
	Castropignano	14,8	23	1.055
	Casalciprano	11,5	18	587
	Torella del Sannio	9,5	15	804
	Molise	7,7	14	165
	Duronia	11,1	19	465
	Pietracupa	17,6	26	240
	Fossalto	16,4	24	1.558
				12.043

Organizzazione Funzionale

Le caratteristiche distributive delle unità operative presenti nel Poliambulatorio, vengono così descritte:

Al piano terra sono localizzate le funzioni più specificatamente sanitarie, con la presenza di una zona destinata alla sala di attesa, nonché ambienti per gli ambulatori specialistici, che possiamo elencare in:

- Ambulatorio di ginecologia – ecografia;
- Ambulatorio di chirurgia- urologia;
- Ambulatorio di odontoiatria;
- Ambulatorio di medicina cardiologica;
- Ambulatorio di ortopedia;
- Ambulatorio di fisiokinesiterapia;
- Ambulatorio di riabilitazione psicomotoria;
- Ambulatorio di radiologia;
- Ambulatorio di oculistica;
- Ambulatorio di pediatria;
- Ambulatorio di otorino;
- sala prelevi

Al piano primo sono presenti: sala di attesa, uffici di direzione, prenotazione, accettazione, informazioni socio-sanitarie, veterinaria, sala vaccinazioni ed ambulatori di psichiatria e dermatologia

Poliambulatorio - Trivento

Descrizione

La struttura Poliambulatoriale, realizzata negli anni 80, si configura come un organismo architettonico "a piastra" a forma di un quadrato con due piani fuori terra ed un piano seminterrato. La struttura del poliambulatorio è dotata di un doppio corpo scala e quattro ingressi posti su di ogni lato del quadrato. È servita da un ascensore - monta lettighe con struttura portante del tipo scatolare in acciaio, che collega i due piani fuori terra escludendo nell'esercizio normale il servizio al piano seminterrato. Ubicato su di un'area recintata ed attrezzata con parcheggi e verde circostante.

Nella successiva tabella è riportato il Poliambulatorio ed i Comuni ad esso collegati, con le distanze in chilometri, i tempi di percorrenza e la popolazione servita.

Trivento	Comune	Km	min	Popol.
	Trivento	-	-	4.978
	Salcito	9,7	15	701
	Sant'Angelo Limosani	18,9	28	353
	San biase	19,9	28	214
	Lucito	28,1	38	782
	Roccavivara	14	22	890
	Limosano	17	26	863
	Castelbottaccio	33	40	373
				9.154

Organizzazione Funzionale

Le caratteristiche distributive delle unità operative presenti nel Poliambulatorio, vengono così descritte:

Al Piano seminterrato sono localizzati gli ambienti di servizio, quali la centrale termica, la centrale idrica, il garage, i depositi, gli spogliatoi con i relativi servizi igienici.

Il piano terra oltre ad ospitare agli ambulatori specialistici, ospita la Guardia medica e l'accettazione.

Al piano superiore sono ubicati spazi destinati ad ambulatori specialistici, fisioterapia, e uffici amministrativi..

Gli ambulatori specialistici presenti nel poliambulatorio si possiamo elencare in:

- Ambulatorio di chirurgia generale;
- Ambulatorio di dermatologia;
- Ambulatorio di urologia;
- Ambulatorio dei prelievi;
- Ambulatorio di ortottista;
- Ambulatorio di radiologia;
- Ambulatorio di oculistica;
- Ambulatorio di diabetologia;
- Ambulatorio di endocrinologia;
- Ambulatorio di cardiologia;
- Ambulatorio di fisiatria;
- Ambulatorio di otorinolaringoiatra;
- Ambulatorio di radiologia;
- Ambulatorio di pneumologia.

Poliambulatorio – Bojano

Descrizione

La struttura Poliambulatoriale si sviluppa su due livelli, un piano seminterrato e un piano rialzato. Ubicato su di un'area adeguatamente sistemata ed attrezzata con parcheggi, aiuole e recinto perimetrale. La struttura del poliambulatorio è dotata di un unico corpo scala e doppio ingresso, uno al piano seminterrato riservato alla Guardia Medica e al servizio del 118 e l'altro al piano rialzato che serve gli ambulatori.

Nella successiva tabella è riportato il Poliambulatorio ed i Comuni ad esso collegati, con le distanze in chilometri, i tempi di percorrenza e la popolazione servita.

	<i>Comune</i>	<i>Km</i>	<i>min</i>	<i>Popol.</i>
Bojano	Bojano	-	-	8.204
	San Massimo	7,5	14	801
	San polo Matese	7.4	11	485
	Campochiaro	9,9	13	649
	Guardiaregia	13,1	14	766
	Colle d'Anchise	7,1	11	812
	Spinete	9,2	16	1.402
	Sepino	19,6	20	2.069
	San Giuliano del Sannio	18,6	22	1.069
	Cercepiccola	22,6	27	704
	Cantalupo del Sannio	17	24	758
	Roccamandolfi	15,5	21	1.010
	Santa Maria del Molise	13,5	17	671
				19.400

Organizzazione Funzionale

Al Piano seminterrato sono localizzati gli ambienti di servizio quali la Centrale termica, la farmacia, i depositi, locali spogliatoi con annessi servizi igienici riservati al personale. Dal prospetto principale, con accesso indipendente, si accede al servizio del 118 e Guardia Medica.

Al piano rialzato sono localizzate le funzioni sanitarie, a cui si accede da un ingresso indipendente posto al centro del lato prospiciente la strada di accesso. Vi è una zona riservata all'accettazione con servizi per l'utenza, una per le funzioni amministrative, consultorio, fisioterapia e igiene pubblica.

Gli ambulatori specialistici presenti nel poliambulatorio sono:

- Ambulatorio di endocrinologia – urologia – malattie infettive;
- Ambulatorio di ostetricia – ginecologia;
- Ambulatorio di chirurgia;
- Ambulatorio di dermatologia – diabetologia;
- Ambulatorio di ortottistica;
- Ambulatorio di oculistica;
- Ambulatorio di fisiatria – pneumologia;
- Ambulatorio di odontoiatria;
- Ambulatorio di otorino;
- Ambulatorio di cardiologia;
- Ambulatorio di chirurgia vascolare;
- Ambulatorio di ortopedia;
- Ambulatorio di neurologia;
- Ambulatorio di fisioterapia;
- Ambulatorio di chirurgia generale;
- Assistenza domiciliare;
- Igiene pubblica;
- Punto prelievo;
- Consultorio;
- Veterinaria;
- Uff. farmaceutico.

Poliambulatorio – Campobasso

Descrizione

Il Poliambulatorio è una struttura in muratura portante, risalente alla fine dell'ottocento, si sviluppa su tre piani fuori terra e un piano sottotetto. La struttura del poliambulatorio è dotata di un doppio corpo scala e doppio ingresso. E' servita da due ascensori collocati nei pressi delle entrate.

Nella successiva tabella è riportato il Poliambulatorio ed i Comuni ad esso collegati, con le distanze in chilometri, i tempi di percorrenza e la popolazione servita.

	Comune	Km	min	Popol.
Campobasso	Campobasso	-	-	50.986
	Ferrazzano	5,2	13	3.351
	Mirabello Sannitico	7,4	18	2.107
	Vinchiaturò	12,2	19	3.144
	Baranello	11,9	22	2.779
	Busso	14	24	1.422
	Oratino	9	16	1.453
	Ripalimosani	7,7	14	2.907
	Montagano	13,1	20	1.166
	Campodipietra	8,6	17	2.550
	Toro	14,6	23	1.521
	San Giovanni in Galdo	12,7	24	654
	Matrice	9,5	18	1.083
	Campolieto	18,1	27	973
	Castellino del Biferno	22,3	32	629
	Petrella Tifernina	19,7	27	1.264
				77.989

Organizzazione Funzionale

Le caratteristiche distributive delle unità operative presenti nel Poliambulatorio, vengono così descritte:

- Al Piano terra sono localizzati : la centrale termica, locali tecnici, archivi, magazzini generali e depositi centralino, la vigilanza, bar .uffici di prenotazione e uffici amministrativi.. Sempre la piano terra ci sono gli ambulatori specialistici quali, Ambulatorio analisi e prelievi, Ambulatorio di radiologia, ed altri.
- Al piano ammezzato sono stati ubicati i locali destinati al SERT, con l'ambulatorio, la sala di attesa i servizi sanitari e gli uffici.
- Il piano primo ospita circa 20 ambulatori specialistici oltre agli uffici amministrativi.

Gli ambulatori specialistici li possiamo elencare in:

- Ambulatorio di endocardiografia;
- Ambulatorio di ginecologia;
- Ambulatorio di endocrinologia;
- Ambulatorio di ergometria;
- Ambulatorio di dermatologia;
- Ambulatorio di ortottica;
- Ambulatorio di oculistica;
- Ambulatorio di reumatologia;
- Ambulatorio di odontoiatria;
- Ambulatorio di otorino;
- Ambulatorio di cardiologia;
- Ambulatorio di chirurgia vascolare;

- Ambulatorio di ortopedia;
- Ambulatorio di neurologia;

- Ambulatorio di medicina interna;
- Ambulatorio di medicina dello sport.

- Il piano secondo è stato destinato prettamente a locali ad uso uffici amministrativi, oltre alla sala convegni. Sempre sullo stesso piano sono stati collocati gli uffici destinati alla Direzione Sanitaria, Direzione Generale, Direzione Amministrativa con i relativi locali ad uso segreteria e uffici.
- IL piano terzo, ospita gli uffici amministrativi. .
- Il piano sottotetto è stato destinato agli uffici della ragioneria, del bilancio con i relativi archivi.

Poliambulatorio - Riccia

Descrizione

La struttura Poliambulatoriale, ha una tipologia “a piastra” con corte interna e copertura piana.

Si sviluppa su due piani fuori terra e uno seminterrato. Il poliambulatorio è dotato di un doppio corpo scala e doppio ingresso, di cui uno riservato all'ambulatorio del pronto soccorso.

È servito da un ascensore- monta lettighe con struttura portante del tipo scatolare in c.a., che collega i due piani fuori terra, collocato esternamente in aderenza al lato dell' ingresso principale, adiacente il vano scala.

Nella successiva tabella è riportato il Poliambulatorio ed i Comuni ad esso collegati, con le distanze in chilometri, i tempi di percorrenza e la popolazione servita.

	<i>Comune</i>	<i>Km</i>	<i>min</i>	<i>Popol.</i>
Riccia	Riccia	-	-	5.523
	<i>Gildone</i>	14	23	864
	<i>Jelsi</i>	13,1	17	1.865
	<i>Gambatesa</i>	14,7	22	1.527
	<i>Tufara</i>	18,7	30	1.012
	<i>Cercemaggiore</i>	12,3	20	4.061
				14.852

Organizzazione Funzionale

Le caratteristiche distributive delle unità operative presenti nel Poliambulatorio, vengono così descritte:

- Al Piano seminterrato sono localizzati gli ambienti di servizio quali la centrale termica, l'autorimessa e il magazzino generale.
- Al piano terra sono localizzate : il pronto soccorso, la radiodiagnostica, la riabilitazione psico-motoria e gli ambulatori specialistici, che possiamo elencare in:

- Ambulatorio di ostetricia-ginecologia;
- Ambulatorio di cardiologia;
- Ambulatorio di malattie infettive –chirurgia vascolare;
- Ambulatorio di pneumologia-endocrinologia;
- Ambulatorio di chirurgia- fisiatra- urologia- algologia;
- Ambulatorio di odontoiatria;

- Ambulatorio di odontostomatologia;
- Ambulatorio di ortopedia;
- Ambulatorio di dermatologia –otorino;
- Ambulatorio di oculistica;
- Ambulatorio di igiene pubblica;
- Ambulatorio di fisiokinesiterapia;
- Ambulatorio di radiologia;
- Punto prelievo.

- Al piano superiore sono ubicati gli spazi destinati a funzioni amministrative – sanitarie come le visite fiscali, medicina scolastica e conferenze, oltre al consultorio pediatrico ed il controllo prenatale.

Poliambulatorio – Sant Elia a Pianisi

Descrizione

Il Poliambulatorio è una struttura a forma irregolare in cemento armato, si sviluppa su di un unico piano, è dotato di due ingressi posizionati sullo stesso lato dell'immobile.

Nella successiva tabella è riportato il Poliambulatorio ed i Comuni ad esso collegati, con le distanze in chilometri, i tempi di percorrenza e la popolazione servita.

<i>Sant'Elia a Pianisi</i>	<i>Comune</i>	<i>Km</i>	<i>min</i>	<i>Popol.</i>
	Sant'Elia a Pianisi	-	-	1.983
	Monacilioni	7,5	13	612
	Macchia Val Fortore	6	10	645
	Pietracatella	6,9	8	1.490
				4.730

Organizzazione Funzionale

Al Poliambulatorio, si accede tramite due ingressi, uno destinato prevalentemente all'attività del 118 a cui sono assegnati un ambulatorio e quattro locali. L'altro ingresso permette di accedere alla attività ambulatoriali con la relativa zona accettazione, sala di attesa e ambulatori specialistici.

Gli ambulatori specialistici si possiamo elencare in:

- Ambulatorio di cardiologia;
- Ambulatorio di chirurgia;
- Ambulatorio di oculistica;
- Ambulatorio di urologia;
- Ambulatorio di ostetricia – ginecologia;
- Ambulatorio di otorino;
- Ambulatorio di igiene pubblica e veterinaria;
- Ambulatorio di diabetologia;
- Ambulatorio di endocrinologia;
- Ambulatorio di ortottica;
- Ambulatorio di dermatologia;
- Ambulatorio di igiene pubblica;
- Ambulatorio di neurologia;
- Punto prelievo

Poliambulatorio – Montenero di Bisaccia

Descrizione

Il Poliambulatorio si sviluppa su due piani fuori terra e uno seminterrato. La struttura del poliambulatorio è dotata di tre corpi scala ubicati in posizione quasi centrale in pianta e vari ingressi posti su di ogni lato dell'immobile. È servita da un ascensore – monta lettighe con struttura portante del tipo scatolare in c.a., che collega i due piani fuori terra.

Nella successiva tabella è riportato il Poliambulatorio ed i Comuni ad esso collegati, con le distanze in chilometri, i tempi di percorrenza e la popolazione servita.

Montenero di Bisaccia	Comune	Km	min	Popol
	Montenero di bisaccia	-	-	6.774
	Petacciato	12,6	23	365
	Guglionesi	19	29	5.395
	Montecilfone	11,3	22	1.476
	Acquaviva Collecroce	16	27	713
	Tavenna	10,9	22	855
	Mafalda	9,4	18	1.329
	Palata	12	20	1.802
				18.709

Organizzazione

Funzionale

Al Piano interrato sono localizzati gli ambienti di servizio quali la centrale termica, la centrale idrica e il magazzino generale.

Al piano terra è ubicata l'accettazione, gli uffici amministrativi, la direzione e gli archivi. Sempre al piano terra sono localizzati gli studi medici, la diagnostica radiologica, la riabilitazione psico-motoria (fisioterapia) e gli ambulatori specialistici, che possiamo elencare in:

- Ambulatorio di pediatria;
- Ambulatorio di odontoiatria;
- Ambulatorio di otorinolaringoiatra;
- Ambulatorio di ostetricia;
- Ambulatorio di oculistica;
- Ambulatorio di ortopedia;
- Ambulatorio di radiologia;
- Ambulatorio di dermatologia;
- Ambulatorio di fisioterapia;
- Ambulatorio di medicina;
- Ambulatorio di neurologia;
- Ambulatorio di cardiologia;
- Ambulatorio di igiene.

Al piano primo sono ubicati gli ambulatori specialistici come quello di ginecologia, medicina interna, oculistica, otorino, fisioterapia laser.

Poliambulatorio – Castelmauro

Descrizione

Si sviluppa su tre piani fuori terra e uno seminterrato, disimpegnati da un corpo scala e di un ascensore.

Nella successiva tabella è riportato il Poliambulatorio ed i Comuni ad esso collegati, con le distanze in chilometri, i tempi di percorrenza e la popolazione servita.

	<i>Comune</i>	<i>Km</i>	<i>min</i>	<i>Popol.</i>
Castelmauro	Castelmauro	-	-	1.685
	Montemitro	10,9	17	470
	San Felice del Molise	9	15	701
	Montefalcone nel Sannio	9,4	16	1.692
	Guardialfiera	12	19	1.168
	Lupara	18,5	25	567
	Civitacampomarano	10,7	14	569
				6.852

Organizzazione Funzionale:

Al Piano seminterrato sono localizzati gli ambienti di servizio quali il disimpegno, la centrale termica e il ripostiglio.

Il piano terra è destinato all'accettazione e ai servizi annessi alla stessa, inoltre sono presenti: laboratorio analisi, centro vaccinazione, riabilitazione psico-motoria e 'ambulatorio di radiologia. Sempre al piano terra sono stati localizzati ambienti destinati alla farmacia e al deposito dei farmaci, la guardia medica e il servizio del 118.

Il piano primo viene utilizzato per il controllo perinatale, assistenza prima infanzia, medicina scolastica, servizio psico medico, assistenza anziani, e vigilanza e controllo degli alimenti.

Gli ambulatori specialistici, presenti nella struttura, si possono elencare in:

- Ambulatorio di ginecologia e ostetricia;
- Ambulatorio di odontoiatria;
- Ambulatorio di oculistica;
- Ambulatorio di cardiologia e reumatologia;
- Ambulatorio di ortoscopia;
- Ambulatorio di guardia medica,

oltre ad ambienti dedicati al servizio di veterinaria.

Al piano secondo sono ubicati gli spazi destinati alla sala conferenza e ad ambulatori specialistici.

Poliambulatorio – Santa Croce di Magliano

Descrizione

Il poliambulatorio è posizionato ai margini del centro abitato e comunque risulta di facile accesso. La struttura si sviluppa su due livelli e consta di un piano terra e un piano primo.

Nella successiva tabella è riportato il Poliambulatorio ed i Comuni ad esso collegati, con le distanze in chilometri, i tempi di percorrenza e la popolazione servita.

<i>Santa croce di magliano</i>	<i>Comune</i>	<i>Km</i>	<i>min</i>	<i>Popol.</i>
	Santa Croce di Magliano	-	-	4.769
	Colletorto	10,7	18	2.186
	San Giuliano di Puglia	6,1	10	1.126
	Bonefro	8,2	13	1.553
	Ripabottoni	23,4	30	570
	Morrone del Sannio	27	36	676
	Provvidenti	19,6	27	131
	Montelongo	9,5	14	414
	Rotello	8,3	13	1.269
				12.694

Organizzazione Funzionale

Al Piano terra sono localizzati gli ambienti destinati alla postazione del 118 con ingresso indipendente e la zona riservata a medico di base.

Al piano Primo sono localizzate le funzioni più specificatamente sanitarie come gli ambulatori specialistici, che possiamo elencare in:

- Ambulatorio di cardiologia;
- Ambulatorio di dermatologia;
- Ambulatorio di chirurgia;
- Ambulatorio di gastroenterologia;
- Ambulatorio di neurologia ;
- Ambulatorio di oculistica ;
- Ambulatorio di odontoiatria;
- Ambulatorio di ortopedia;
- Ambulatorio di otorinolaringoiatria;
- Ambulatorio di radiologia;
- Ambulatorio di ostetricia;
- Ambulatorio di igiene;
- Ambulatorio di psichiatria CSM AT.

Poliambulatorio – Larino

Descrizione

Il Poliambulatorio occupa il primo livello di una struttura multipiano realizzata in cemento armato ed è ubicato nell'area urbana, a ridosso del centro cittadino. La struttura, già adibita ad ospedale, è stata convertita in struttura territoriale a seguito dell'ultimazione del nuovo ospedale. Allo stato attuale sono presenti nella struttura, il poliambulatorio, il centro iperbarico e l'hospice.

Nella successiva tabella è riportato il Poliambulatorio ed i Comuni ad esso collegati, con le distanze in chilometri, i tempi di percorrenza e la popolazione servita.

	<i>Comune</i>	<i>Km</i>	<i>min</i>	<i>Popol.</i>
<i>Larino</i>	Larino	-	-	7.128
	Casacalenda	15,4	19	2.250
	Montorio nei Frentani	12,9	17	477
	Ururi	11,5	18	2.873
	San Martino in Pensilis	17,4	25	4.899
				17.627

Organizzazione Funzionale

L'atrio del Poliambulatorio serve i locali in uso alla medicina di base, all' UVG, all'igiene pubblica e un corridoio che distribuisce gli ambulatori e i servizi amministrativi.

In una zona più decentrata sono stati collocati i locali logistici e la centrale elettrica.

- Ambulatorio di cardiologia;
- Ambulatorio di dermatologia;
- Ambulatorio di otorinolaringoiatra;
- Ambulatorio di fisioterapia;
- Ambulatorio di neurologia;
- Ambulatorio di oculistica;
- Ambulatorio di odontoiatria;
- Ambulatorio di ortopedia;
- Ambulatorio di urologia;
- Ambulatorio di medicina;
- Ambulatorio di igiene;
- Ambulatorio di ostetricia.

Poliambulatorio – Termoli

Descrizione

Realizzato con struttura portante in muratura, si sviluppa su tre livelli ed occupa i locali dell'ex Presidio Ospedaliero di Termoli.

Nella successiva tabella è riportato il Poliambulatorio ed i Comuni ad esso collegati, con le distanze in chilometri, i tempi di percorrenza e la popolazione servita.

	<i>Comune</i>	<i>Km</i>	<i>min</i>	<i>Popol.</i>
<i>Termoli</i>	Termoli	-	-	32.606
	Portocannone	11,6	17	2.551
	Campomarino	7,3	12	7.168
	San Giacomo degli Schiavoni	6,5	9	1.388
				43.713

Organizzazione Funzionale

Il Poliambulatorio è dotato di tre ingressi indipendenti. Il primo utilizzato per accedere alla Centrale termica e ai locali tecnici, il secondo per il Consultorio ed il terzo riservato alla zona ambulatoriale.

I servizi ambulatoriali offerti sono:

- Ambulatorio di cardiologia;
- Ambulatorio di dermatologia;
- Ambulatorio di chirurgia;
- Ambulatorio di Medicina Generale;
- Ambulatorio di neurologia;
- Ambulatorio di oculistica;
- Ambulatorio di odontoiatria;
- Ambulatorio di ortopedia e traumatologia;
- Ambulatorio di otorinolaringoiatria;
- Ambulatorio di Pediatria;
- Ambulatorio di Ostetricia e ginecologia;
- Ambulatorio di Psichiatria;
- Ambulatorio di Endoscopia;
- Ambulatorio di Radiologia;
- Ambulatorio di Igiene;
- Sala Prelievi.

GLI INVESTIMENTI SANITARI

- Situazione esistente

- Fondi art. 20 legge 67/88

Completati gli interventi della I^a fase, sono attualmente attivi tre accordi di programma:

5) *Interventi necessari ad adeguare le strutture e le tecnologie sanitarie alla normativa vigente in materia di sicurezza.*

L'Accordo, siglato nell'anno 2000, prevede, al momento, l'attuazione di 18 interventi per un importo complessivo a carico dello Stato di € 12.435.765,67, di cui utilizzati 12.398.518,77

L'evoluzione del programma, successivamente rimodulato, è il seguente:

Interventi in materia di Sicurezza						
N°	INTERVENTO	Finanziamenti			Somme da erogare o economie	Stato degli interventi
		Stato	Ente	totale		
1	Interventi in materia di sicurezza per il N.C.O. "A. Cardarelli" Campobasso	€ 1.388.494,37	€ 73.078,65	€ 1.461,573,02	€ 343.883,47	In esecuzione
2	Progettazione esecutiva per l'adeguamento normativo degli impianti elettrici del N.C.O. Cardarelli	€ 662.355,97	€ 34.860,84	€ 697.216,81	€ 49.468,81	In esecuzione
3	Progettazione esecutiva per la sicurezza e l'igiene degli impianti di climatizzazione e termodistruzione del N.C.O. Cardarelli	€ 402.319,92	€ 21.174,74	€ 423.494,66	€ 0	concluso
4	Riassetto ed adeguamento della sicurezza del poliambulatorio di Trivento	€ 205.281,29	€ 10.804,28	€ 216.085,57	€ 2.210,73	concluso
5	Ristrutturazione ed adeguamento vecchio P.O.G. Vietri di Larino	€ 1.491.527,52	€ 78.501,45	€ 1.570.028,97	€ 0	concluso
6	Ristrutturazione ed adeguamento vecchio P.O. San Timoteo Termoli	€ 2.453.170,27	€ 129.114,23	€ 2.582.284,50	€ 1.546,12	concluso
7	Ristrutturazione ed adeguamento palazzina ex INAM Larino	€ 392.507,24	€ 20.658,28	€ 413.165,52	€ 0	concluso
8	Ristrutturazione ed adeguamento palazzina ex antitubercolare Termoli	€ 93.220,47	€ 4.906,34	€ 98.126,81	€ 5.757,43	concluso
9	Ristrutturazione ed adeguamento poliambulatorio di Castelmauro	€ 318.912,14	€ 16.784,84	€ 335.696,98	€ 33,36	concluso
10	Ristrutturazione ed adeguamento poliambulatorio di Montenero di Bisaccia	€ 490.634,05	€ 25.822,85	€ 516.456,90	€ 0,00	concluso
11	Ristrutturazione ed adeguamento nuovo presidio di Larino	€ 1.275.648,54	€ 67.139,40	€ 1.342.787,94	€ 2.724,73	concluso
12	Ristrutturazione ed adeguamento locali guardia medica di Termoli	€ 78.501,45	€ 4.131,65	€ 82.633,10	€ 3.320,75	concluso
13	Azienda USL n° 2 Pentria-Isernia-Ospedale Veneziale di Isernia	€ 1.257.985,71	€ 66.209,78	€ 1.324.195,49	€ 3.555,23	concluso
14	Azienda USL n° 2 Pentria-Isernia-Ospedale "SS. Rosario" di Venafro	€ 155.040,36	€ 8.160,02	€ 163.200,38	€ 37.687,47	concluso

15	Boiano - Risistemazione distretto di Boiano	€ 570.000,00	€ 30.000,00	€ 600.000,00	€ 4.248,31	concluso
16	Adeguamento impianto di incenerimento al P.O. "A.Cardarelli" di Campobasso	€ 307.919,47	€ 16.206,29	€ 324.125,76	€ 20.894,08	in esecuzione
17	Rifacimento rete idrica sede ASEM di via Petrella	€ 95.000,00	€ 5.000,00	€ 100.000,00	€ 9.070,63	concluso
18	Adeguamento impianto elettrico al P.O. "A. Cardarelli" di Campobasso	€ 760.000,00	€ 40.000,00	€ 800.000,00	€ 130.880,18	in esecuzione
TOTALE		€12.398.518,77	€ 652.553,64	€13.051. 72,41	€ 15.281,30	

6) *Programma di investimenti della Regione Molise per la linea di investimento art. 20 L. 67/88. Seconda fase.*

L'Accordo, siglato in data 03.02.2005, prevede, l'attuazione di 5 interventi per un importo complessivo di € 12.392.517,63 di cui € 11.772.891,75 a carico dello Stato.

L'evoluzione del programma è il seguente:

Accordo di programma 2005						
N°	INTERVENTO	Finanziamenti			Somme erogate o economie	Stato degli interventi
		Stato	Ente	totale		
1	Adeguamento a norma e ristrutturazione Ospedale "F. Veneziale" di Isernia	€ 4.370.000,00	€ 230.000,00	€ 4.600.000,00	€ 230.000,00	in esecuzione
2	Piano di informatizzazione	€ 5.720.795,50	€ 301.094,50	€ 6.021.890,00	€ 34.482,19	concluso
3	Adeguamento a norma e ristrutturazione Ospedale "F. Veneziale" di Isernia - lavori urgenti	€ 760.000,00	€ 40.000,00	€ 800.000,00	€ 4.458,07	concluso
4	TAC multistrato Ospedale di Isernia	€ 529.599,95	€ 27.873,68	€ 557.473,63	€ 0,00	concluso
5	Completamento Ospedale "S. Timoteo" di Termoli	€ 392.496,30	€ 20.657,70	€ 413.154,00	€ 0,00	concluso
TOTALE		€ 11.772.891,75	€ 619.625,88	€ 12.392. 517,63	€ 268.940,26	

7) *Accordo di Programma Integrativo 2008.*

L'Accordo, siglato in data 10.03.2008, prevede, l'attuazione di 5 interventi per un importo complessivo di € 11.700.000,00 di cui € 11.115.000,00 a carico dello Stato.

L'evoluzione del programma è il seguente:

Accordo di Programma 2008						
N.	INTERVENTO	Finanziamenti			Somme erogate o economie	stato degli interventi
		Stato	Ente	totale		
1	Ampliamento poliambulatorio comune di Montenero di Bisaccia	€ 1.377.500,00	€ 72.500,00	€ 1.450.000,00	€ 72.500,00	in esecuzione
2	Ampliamento poliambulatorio comune di Trivento	€ 1.757.500,00	€ 92.500,00	€ 1.850.000,00	€ 889.305,50	in esecuzione
3	Realizzazione della cabina elettrica e del gruppo di emergenza Ospedale di Isernia	€ 1.140.000,00	€ 60.000,00	€ 1.200.000,00	€ 60.000,00	in esecuzione
4	Completamento e ristrutturazione poliambulatorio comunale di Frosolone	€ 1.140.000,00	€ 60.000,00	€ 1.200.000,00		revocato
5	Realizzazione di una Residenza Sanitaria Assistenziale per 60 posti letto nel comune di Colletorto	€ 5.700.000,00	€ 300.000,00	€ 6.000.000,00	€ 999.318,58	in esecuzione
TOTALE		€ 11.115.000,00	€ 585.000,00	€ 11.700.000,00	€ 2.021.124,08	

8) *Accordo di Programma Integrativo ex art. 79 L. 133/2008.*

L'Accordo, siglato in data 03.03.2014, prevede, l'attuazione di 1 interventi per un importo complessivo di € 5.900.000,00 di cui € 5.652.500,00 a carico dello Stato.

L'evoluzione del programma è il seguente:

Accordo di Programma ex art. 79 L. 133/2008						
N.	INTERVENTO	Finanziamenti			Somme erogate o economie	Stato degli interventi
		Stato	Ente	totale		
1	Interventi per la disponibilità di dati economici, gestionali e produttivi del SSR	€ 5.652.500,00	€ 247.500,00	€ 5.900.000,00	€ 0,00	Da appaltare
TOTALE		€ 5.652.500,00	€ 247.500,00	€ 5.900.000,00	€ 2.021.124,08	

2) Piano AIDS

Il piano ex l. 135/1990, di complessivi € 2.178.569,01, è stato attuato presso la struttura ospedaliera "A. Cardarelli" di Campobasso.

L'intervento è attualmente concluso.

3) Fondi art. 71 legge 448/1998

Con i fondi dell'art. 71, gestiti direttamente dal comune di Campobasso, sono stati finanziati 17 progetti per una spesa complessiva di € 32.311.203,47 di cui € 22.467.183,17 a carico dello Stato.

Tra gli interventi ammessi a finanziamento 11 sono di competenza del comune di Campobasso e 6 dell'ASREM riportati nella successiva tabella:

N°	INTERVENTO	Finanziamenti			Stato degli interventi
		stato	Ente	Totale	
1	Distretto di Campobasso	€ 5.600.000,00	€ 6.138.818,00	€ 8.000.000,00	da affidare
2	Salute mentale	€ 1.432.000,00	-----	€ 1.432.000,00	concluso
3	Attrezzature ed apparecchiature medicali	€ 4.950.000,00	-----	€ 4.950.000,00	sospeso
4	Attrezzature reparto medicina nucleare	€ 4.801.256,00	-----	€ 4.801.256,00	concluso
5	Adeguamento pronto soccorso	€ 1.279.471,00	-----	€ 1.279.471,00	concluso
6	Apparecchiature sanitarie obsolete	€ 1.797.743,00	-----	€ 1.797.743,00	concluso
Totale ASL		€16.121.652,00	€ 6.138. 818,00	€ 22.260.470,00	

4) Fondi FAS - FSC

I fondi FAS, programma ex art. 15 - delibera CIPE 20/04 – infrastrutture Sanitarie e Sociali, sono gestiti direttamente dalla Direzione Generale Area Seconda della Regione Molise. Con detti fondi sono stati finanziati 11 interventi di cui l'ASREM è Soggetto Attuatore, per una spesa complessiva di € 7.902.130,20.

Di seguito si riepilogano:

- ASREM – Zona Territoriale Montana Agnone: Acquisto di attrezzature di telemedicina territoriale e per l'analisi cliniche ed ECG su automobili - € 195.000,00;
- ASREM – Zona Territoriale Montana Agnone: Adeguamento normativa antincendio P.O. - Agnone - €195.000,00;
- ASREM – Zona di Isernia: Presidio Ospedaliero “Veneziale” di Isernia – Realizzazione di un unico blocco operatorio per tutte le discipline chirurgiche - € 2.250.000,00;
- ASREM – Zona di Termoli: Presidio Ospedaliero “G.Vietri” di Larino - Completamento della realizzazione del centro iperbarico - € 1.045.000,00;
- ASREM – Zona di Termoli: Presidio Ospedaliero “G.Vietri” di Larino - Completamento della realizzazione del centro iperbarico – utilizzo economie € 162.222,49;
- ASREM – Zona di Termoli: Adeguamento e potenziamento del poliambulatorio specialistico di Termoli ai fini centrale ADI e acquisto delle apparecchiature elettromedicali” - € 400.000,00

- ASREM – Zona di Termoli: Presidio Ospedaliero “G.Vietri” di Larino - Innovazione impianti tecnologici per garantire il comfort termico ambientale - € 855.000,00;
- ASREM – Zona di Termoli: Presidio Ospedaliero “G.Vietri” di Larino - Innovazione impianti tecnologici per garantire il comfort termico ambientale utilizzo economie € 119.907,71,00;
- ASREM – Zona di Campobasso: Presidio Ospedaliero “Cardarelli” di Campobasso – Realizzazione di un Hospice - € 2.250.000,00;
- ASREM – Zona di Campobasso: Presidio Ospedaliero “Cardarelli” di Campobasso – Completamento di un Hospice - € 430.000,00;

ASREM – Zona di Campobasso: Presidio Ospedaliero “Cardarelli” di Campobasso – Completamento di un Hospice - € 400.000,00 (ancora da finanziare);

4) Art. 1 comma 34 bis della L. n° 662/96

I fondi sono gestiti direttamente dalla Direzione Generale per la Salute e con essi sono stati finanziati 5 progetti di edilizia sanitaria per un importo complessivo di € 5.875.000,00.

Gli interventi finanziati sono riportati nella successiva tabella:

N°	INTERVENTO	Finanziamenti			Stato degli interventi
		Stato	Ente	Totale	
1	RSA di Larino	€ 1.000.000,00	€ 0,00	€ 1.000.000,00	concluso
2	RSA di Venafro	€ 800.000,00	€ 0,00	€ 800.000,00	In esecuzione
3	RSA di Agnone	€ 800.000,00	€ 0,00	€ 800.000,00	da realizzare
4	Casa della Salute di Santa Croce di Magliano	€ 700.000,00	€ 0,00	€ 700.000,00	concluso
5	Casa della Salute di Riccia	€ 1.300.000,00	€ 0,00	€ 2.075.000,00	In esecuzione
6	Casa della Salute Venafro	€ 500.000,00	€ 0,00	€ 500.000,00	In esecuzione
Totale		€ 5.100.000,00	€ 0,00	€ 5.875.000,00	

5) Fondi propri della Regione Molise

Con fondi propri, la Regione Molise finanzia lavori di ristrutturazione o di manutenzione straordinaria di strutture sanitarie di proprietà dell' ASREM. In particolare sono state impegnate somme per i seguenti interventi:

- Lavori di adeguamento sismico del corpo "L" del Presidio Ospedaliero "F. Veneziale" di Isernia - € 660.000,00;
- Riparazione immobile sito in via Garibaldi n. 123 (ex Antitubercolare) - € 240.000,00.

6) Fondi FSC - Piano d'Azione Tematico “Servizi di cura per gli anziani”.

- Azione 1 - Integrazione delle politiche sociali e sanitarie e realizzazione del cruscotto di controllo ADI – Soggetto realizzatore: Molise Dati - € 520.000,00
- Azione 2 - Potenziamento delle dimissioni protette – Soggetto realizzatore: ASREM - € 1.300.000,00
- Azione 3 - Acquisto di sistemi portatili di diagnostica per immagini- -Soggetto realizzatore: ASREM - € 400.000,00;
- Azione 4 – Attività di informazione ed aggiornamento per i medici di medicina Generale; Soggetto realizzatore: ASREM - € 100.000,00;
- Azione 5 – Informazione/formazione per lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze delle figure professionali coinvolte nel sistema ADI; Soggetto realizzatore: ASREM - € 139.500,00;
- Azione 7 – Implementazione dell’Assistenza Domiciliare per pazienti con gravi patologie per qualificare ed integrare gli interventi socio-sanitari ed evitare il ricorso ai ricoveri impropri; Soggetto realizzatore: ASREM – € 5.197.739,74;
- Azione 8 – Automatizzazione della gestione dei servizi di assistenza domiciliare; Soggetto realizzatore: ASREM - € 125.000,00;
- Azione 11 – Facilitazione dell’accesso dell’utente ai servizi sociosanitari attraverso un’efficiente implementazione delle Porte Unitarie di Accesso (PUA) e la realizzazione di processi di valutazione omogenei (UVM).

FONDI A DISPOSIZIONE DELLA REGIONE MOLISE

h) art. 20 legge 67/88

Per la realizzazione di Programmi di Investimenti, secondo quanto di seguito riportato, sono disponibili risorse per complessivi € 105.583.388,59 di cui € 100.304.219,16 a carico dello Stato:

Finanziamenti dello Stato

2^ fase		€ 104.831.970,75
3^ fase		€ 1.962.536,00
finanziaria 2007		€ 14.989.007,41
finanziaria 2008		€ 18.356.862,42
Totale finanziamenti da parte dello Stato		€ 140.140.376,58

Accordi di Programma sottoscritti

sicurezza		€ 12.435.765,67
accordo 2005		€ 11.772.891,75
Accordo 2008		€ 11.115.000,00
Accordo ex art. 79 L133/2008		€ 5.652.500,00
sommano		€ 40.976.157,42

Calcolo risorse residue

Finanziamenti statali		€ 140.140.376,58
Accordi di programma	A detrarre	€ 40.976.157,42
Poliambulatorio Frosolone (revocato)	somma	€ 1.140.000,00
restano	Restano	€ 100.304.219,16

Il patrimonio immobiliare dell'ASREM

La Regione Molise, fin dal 2008, al fine di procedere ad un'appropriata programmazione e riqualificazione della rete ospedaliera e territoriale ha eseguito un censimento dei beni immobili di proprietà delle disciolte ASL, oggi ASREM.

Considerata l'importanza della ricognizione patrimoniale, eseguita su un supporto informatico tipo database, e reputato lo studio essenziale anche per la valorizzazione, razionalizzazione e alienazione del patrimonio immobiliare pubblico, la Regione intende ampliare il lavoro attraverso l'uso di uno specifico programma e finalizzarlo alla ricognizione dello stato di conservazione del patrimonio ai fini della verifica dei requisiti strutturali e tecnologici di accreditamento ed alla stima dei costi necessari per l'adeguamento delle strutture.

Di seguito si riportano in tabella i terreni e fabbricati estratti dal database con i dati aggiornati al 2013 relativi a tutte le Strutture Sanitarie Pubbliche dell'ASREM.

CATALOGAZIONE UNITA' IMMOBILIARI				
PROVINCIA DI CAMPOBASSO				
DATI IMMOBILE			DATI CATASTALI	
TIPOLOGIA IMMOBILE	COMUNE	INDIRIZZO	FOGLIO	P.LLA
poliambulatorio	BOJANO	LOCALITA' STROFFELLINI S.N.C. (PT-S1)	30	1133
	BOJANO	LOCALITA' STROFFELLINI S.N.C. (S1)	30	1133
poliambulatorio	TRIVENTO	VIA ACQUA SANTIANNI snc (PT-1-S1)	39	775
	TRIVENTO	VIA ACQUA SANTIANNI snc (S1)	39	775
ambulatorio	SAN FELICE DEL MOLISE	SALITA CALVARIO snc (PT)	14	859
	SAN FELICE DEL MOLISE	SALITA CALVARIO snc (PT)	14	859
ambulatorio	CIVITACAMPOMARANO	CORSO XXIV MAGGIO SNC (S2- T)	21	393
ambulatorio	SAN GIACOMO DEGLI SCHIAVONI	VIA FRENTANA S.N.C.	9	553
ambulatorio	MAFALDA	CONTRADA COLLE RENAZZO SNC (PT)	26	438
	MAFALDA	CONTRADA COLLE RENAZZO SNC (PT)	26	438
poliambulatorio	CASTELMAURO	CORSO ITALIA SNC (PT-1-2-S1)	15	333
consultorio	LARINO	VIALE GIULIO CESARE, 40 (PT-1-2)	77	108
ospedale	LARINO	VIA ADRIANO LUALDI SNC (PT-1-2-3-S1)	77	134
ex Ospedale	LARINO	VIA LABERTO MARRA, n.8,10(PT-1-2- S1-S2)	77	261 - 262 - 263 - 264 - 265
fabbricato rurale	LARINO	-	47	133
poliambulatorio	MONTENERO DI BISACCIA	CONTRADA COLLE GESSARO SNC 8PT-1-S1)	50	649
	TERMOLI	CORSO FRATELLI BRIGIDA, 89 (PT)	13	474
	TERMOLI	Via GUGLIELMO MARCONI, n. 1A (PT)	13	474

appartamento	TERMOLI	Via XX SETTEMBRE n. 1 (P2)	13	474
	TERMOLI	Via XX SETTEMBRE n. 1 (P2)	13	474
	TERMOLI	VIA ABRUZZI SNC (PT)	14	50
SERT	TERMOLI	CORSO NAZIONALE (PT-1)	14	99
Deposito vecchio Ospedale	TERMOLI	VIA DEL MOLINELLO, 1 (PT)	14	420
	TERMOLI	VIA DEL MOLINELLO, 1 (PT)	14	420
	TERMOLI	VIA DEL MOLINELLO, 1 (PT)	14	420
	TERMOLI	VIA DEL MOLINELLO, 1	14	420
P.O. San Timoteo	TERMOLI	VIALE SAN FRANCESCO snc (PT-1-2-3-4-5)	22	886
Distretto e Vecchio Ospedale	TERMOLI	VIA DEL MOLINELLO, 1 (S1-T-1-2)	14	24
	TERMOLI	VIA DEL MOLINELLO, 1 (PT)	14	24
	TERMOLI	VIA DEL MOLINELLO, 1 (PT)	14	24
	TERMOLI	VIA DEL MOLINELLO, 1 (S1)	14	24
	TERMOLI	Via DEL MOLINELLO , 1 (S1)	14	24
	TERMOLI	Via DEL MOLINELLO , 1 (P2)	14	24
	TERMOLI	Via DEL MOLINELLO , 1 (P1)	14	24
	TERMOLI	VIA DEL MOLINELLO, 1 (PT)	14	24
	TERMOLI	Contrada PONTE TAMBURRO snc (PT)	30	1221
	TERMOLI	Contrada DIFESA GRANDE snc (PT)	30	1646
	TERMOLI	Contrada DIFESA GRANDE snc (PT)	30	133
	TERMOLI	Contrada DIFESA GRANDE snc (PT)	30	1645
ambulatorio	MORRONE DEL SANNIO	Via PORTA CELSA snc (S1- T)	27	514
	MORRONE DEL SANNIO	Via PORTA CELSA (S1)	27	514
	MORRONE DEL SANNIO	Via PORTA CELSA (S1)	27	514
ambulatorio	BONEFRO	Via XX SETTEMBRE ,102 (PT)	19	1817
ambulatorio	COLLETORTO	Via GUGLIELMO MARCONI (PS)	7	1266
	COLLETORTO	Via GUGLIELMO MARCONI (PT)	7	1266
poliambulatorio	SANTA CROCE DI MAGLIANO	LARGO DELLA FIERA,5 (S1)	10	573
	SANTA CROCE DI MAGLIANO	LARGO DELLA FIERA,5M	10	573
ex Medicina di base	CAMPOBASSO	Viale DUCA D'AOSTA,n30/E (P1)	122	225
	CAMPOBASSO	Viale DUCA D'AOSTA, n30/E-30/F(P1)	122	225
consultorio famiglia e parco macchina	CAMPOBASSO	Via GIUSEPPE GARIBALDI, 257 (PS1-T-1)	125	183
	CAMPOBASSO	Via GIUSEPPE GARIBALDI, 257 (PT-1)	125	183
	CAMPOBASSO	Via GIUSEPPE GARIBALDI, 257 (S1)	125	183
	CAMPOBASSO	Via GIUSEPPE GARIBALDI, 257 (S1)	125	183
	CAMPOBASSO	Via GIUSEPPE GARIBALDI, 257 (PT)	125	183
	CAMPOBASSO	Via GIUSEPPE GARIBALDI, 257 (PT)	125	183
	CAMPOBASSO	Via SAN LORENZO snc (PT-1)	125	183
edificio scolastico	CAMPOBASSO	Via DELLE FRASCHE, 2 (PT-1-2-3)	57	618
igiene pubblica	CAMPOBASSO	Piazza DELLA VITTORIA, 14 (P1)	126	41
	CAMPOBASSO	Piazza DELLA VITTORIA, 13-14-15 (PT-S1-S2)	126	41
sede aziendale	CAMPOBASSO	Viale UGO PETRELLA,1	126	57
	CAMPOBASSO	Viale UGO PETRELLA,1 (PT-1)	126	57
	CAMPOBASSO	Viale UGO PETRELLA,1 (P2-3)	126	57

centro di riabilitazione	CAMPOBASSO	Via GIUSEPPE GARIBALDI,121	125	516
P.O. CARDARELLI	CAMPOBASSO	Contrada TAPPINO snc (PT)	63	90
	CAMPOBASSO	Contrada TAPPINO snc (PT)	63	90
	CAMPOBASSO	Contrada TAPPINO snc (PT)	63	90
	CAMPOBASSO	Contrada TAPPINO snc (PT)	63	90
hospice	CAMPOBASSO	Contrada TAPPINO snc (S1)	63	58
	CAMPOBASSO	Contrada TAPPINO snc (PT)	63	58
centro di salute mentale	CAMPOBASSO	Via Piertavalle angolo Via San Lorenzo		
appartamento	CAMPOBASSO	Via Roma, 40 (50% con casa di riposo Pistilli)	120	205
locali commerciali	CAMPOBASSO	Via Roma, 38 e 42 (50% con casa di riposo Pistilli)	120	205
polambulatorio	RICCIA	Via Corso Feudo	41	855-886-887
polambulatorio	SANT ELIA A PIANISI	Via Insorti d'Ungheria	49	620
appartamento	ROMA	Via Conte Verde, 4	502	45
ambulatorio	CASTELLINO DEL BIFORNO	Via Orto del Capitano, 1	15	973
ambulatorio	LUCITO	Via Roma		
ambulatorio	ORATINO			

CATALOGAZIONE UNITA' IMMOBILIARI				
PROVINCIA DI ISERNIA				
DATI IMMOBILE			DATI CATASTALI	
TIPOLOGIA IMMOBILE	COMUNE	INDIRIZZO	FOGLIO	P.LLA
P.O. SS. Rosario (degenze e ambulatori)	VENAFRO	Via Colonia Giulia	12	142
	VENAFRO	Via Colonia Giulia	12	727
vecchio ospedale	VENAFRO	Via Colonia Giulia	12	135
parcheggio ospedale	VENAFRO	Via Colonia Giulia	12	2010
SERT	VENAFRO	Via Ospedale snc	12	2002
Distretto Sanitario e uffici amministrativi	VENAFRO	Via Ospedale snc	12	1994
terreno antistante vecchio ospedale	VENAFRO	Via Ospedale snc	12	1992
pertinenze distretto	VENAFRO	Via Ospedale snc	12	39
pertinenze distretto	VENAFRO	Via Ospedale snc	12	138
palazzina amministrativa	AGNONE	VIA MARCONI, 22 (S1-T-1-2-3-4)	41	206
	AGNONE	VIA MARCONI, 22 (S1-T-1-2)	41	204
palazzina amministrativa	CARPINONE	CORSO AQUILONIA, 41 (PT-1-S1)	40	1070
	CARPINONE	CORSO AQUILONIA, 41 (1-2)	40	1070
	CARPINONE	CORSO AQUILONIA, 41 (PT)	40	1070
	CARPINONE	CORSO AQUILONIA, 41 (PT-1-2)	40	1070
	CARPINONE	CORSO AQUILONIA, 41 (PT)	40	1070
	CARPINONE	CORSO AQUILONIA, 41 (PT)	40	1070

	CARPINONE	LARGO CONCEZIONE, 14 (PT)	40	1077
	CARPINONE	LARGO CONCEZIONE, 14 (PT)	40	1077
	CARPINONE	LARGO CONCEZIONE, 14 (PT-1-S1)	40	1077
Presidio Ospedaliero F. Veneziale (degenze e ambulatori)	ISERNIA	Via SANT'IPPOLITO (PT-1-2-3-4-5)	64	11
guardiola P.O. F. Venaziale	ISERNIA	Via SANT'IPPOLITO (PT)	64	910
Padiglione DEA del Presidio Ospedaliero F. Veneziale (degenze e ambulatori)	ISERNIA	Via SANT'IPPOLITO		
P.O. VENEZIALE	ISERNIA	Via SANT'IPPOLITO	64	527
	ISERNIA	Via SANT'IPPOLITO	64	637
	ISERNIA	Via SANT'IPPOLITO	64	6
	ISERNIA	Via SANT'IPPOLITO	64	7
	ISERNIA	Via SANT'IPPOLITO	64	12
	ISERNIA	Via SANT'IPPOLITO	64	444
	ISERNIA	Via SANT'IPPOLITO	64	28
	ISERNIA	Via SANT'IPPOLITO	64	908
	ISERNIA	Via SANT'IPPOLITO	64	949
	ISERNIA	Via SANT'IPPOLITO	64	900
piazzale P.O. F. Veneziale	ISERNIA	Via SANT'IPPOLITO	64	909
piazzale P.O. F. Veneziale	ISERNIA	Via SANT'IPPOLITO	64	907
piazzale P.O. F. Veneziale	ISERNIA	Via SANT'IPPOLITO	64	635
piazzale P.O. F. Veneziale	ISERNIA	Via SANT'IPPOLITO	64	14
piazzale P.O. F. Veneziale	ISERNIA	Via SANT'IPPOLITO	64	906
piazzale P.O. F. Veneziale	ISERNIA	Via SANT'IPPOLITO	64	904
piazzale P.O. F. Veneziale	ISERNIA	Via SANT'IPPOLITO	64	902
ex SERT	ISERNIA	Via PIETRO PATRIARCA, 13 (PT-1)	43	65
distretto Sanitario e uffici amministrativi	ISERNIA	LARGO CAPPUCINI (PT-1-2-S1-S2)	64	1
SERT	ISERNIA	Via ERENNIO PONZIO, 76 (PT-1)	75	38

CATALOGAZIONE UNITA' IMMOBILIARI

PROVINCIA DI CAMPOBASSO

DATI IMMOBILE		DATI CATASTALI	
COMUNE	INTESTATARIO/INDIRIZZO	FOGLIO	P.LLA
BOJANO	OSPEDALE CIVILE DI ISERNIA	52	168

	OSPEDALE CIVILE DI ISERNIA	52	169
	OSPEDALE CIVILE DI ISERNIA	35	97
	OSPEDALE CIVILE DI ISERNIA	53	106
	OSPEDALE CIVILE DI ISERNIA	53	105
	OSPEDALE CIVILE DI ISERNIA	23	1041
	OSPEDALE CIVILE DI ISERNIA	58	259
	OSPEDALE CIVILE DI ISERNIA	58	258
	OSPEDALE CIVILE DI ISERNIA	58	335
	OSPEDALE CIVILE DI ISERNIA	58	228
	OSPEDALE CIVILE DI ISERNIA	58	64
	OSPEDALE CIVILE DI ISERNIA	21	545
	ASREM CB	21	543
	ASREM CB	21	462
	ASREM CB	21	460
	CONTRADA MACCHIE	21	461
	CONTRADA MACCHIE	21	275
	CONTRADA MACCHIE	21	25
	CONTRADA MACCHIE	21	1
	LOCALITA' CAMPI MARZI	18	382
	CONTRADA POPOLO	17	66
	CONTRADA POPOLO	17	34
SAN MASSIMO	OSPEDALE CIRCONDARIALE DI ISERNIA	4	182
	OSPEDALE CIRCONDARIALE DI ISERNIA	4	77
	OSPEDALE CIRCONDARIALE DI ISERNIA	2	251
	OSPEDALE CIRCONDARIALE DI ISERNIA	2	245
	OSPEDALE CIRCONDARIALE DI ISERNIA	2	241
	OSPEDALE CIRCONDARIALE DI ISERNIA	2	196
	OSPEDALE CIRCONDARIALE DI ISERNIA	2	189
	OSPEDALE CIRCONDARIALE DI ISERNIA	2	156
	OSPEDALE CIRCONDARIALE DI ISERNIA	2	114
	OSPEDALE CIRCONDARIALE DI ISERNIA	2	80
	OSPEDALE CIRCONDARIALE DI ISERNIA	1	279
	OSPEDALE CIRCONDARIALE DI ISERNIA	1	204
TRIVENTO	ASREM CB	39	774
	ASREM CB	39	776
	ASREM CB	39	777
	ASREM CB	39	779
LARINO	ASREM CB	47	111
	ASREM CB	47	133
	ASREM CB		
	ASREM CB	47	138
	ASREM CB	77	129
	ASREM CB	77	130
	ASREM CB	77	136
TERMOLI	ASREM CB	5	50
	ASREM CB	8	36

	ASREM CB	22	1080
	ASREM CB	30	125
	ASREM CB	30	283
	ASREM CB	30	597
	ASREM CB	30	609
	ASREM CB	30	627
	ASREM CB	30	1000
	ASREM CB	30	1001
	ASREM CB	30	1002
	ASREM CB	30	1004
	ASREM CB	30	1005
COLLETORTO	ASREM CB	6	796
	ASREM CB	6	891
	ASREM CB	6	515
	ASREM CB	6	886
	ASREM CB	6	888
CAMPOBASSO	ASREM CB	48	366
CAMPOBASSO	ASREM CB	57	1240
	ASREM CB	57	1242
	ASREM CB	57	1243
	ASREM CB	57	1253
	ASREM CB	57	1254
	ASREM CB	57	1255
	ASREM CB	57	1256
	ASREM CB	57	1418
	ASREM CB	63	137
	ASREM CB	63	138
	ASREM CB	63	139
	ASREM CB	63	140
	ASREM CB	63	57
	ASREM CB	63	77
	ASL CENTRO MOLISE CB	63	143
	ASREM CB	63	74
	ASREM CB	63	75
	ASREM CB	63	141
	ASREM CB	63	142
	ASREM CB	63	43
	A.S.L CENTRO MOLISE N°3 CB	57	1672
	A.S.L CENTRO MOLISE N°3 CB	57	1673
	A.S.L CENTRO MOLISE N°3 CB	57	1396
SPINETE	OSPEDALE DI ISERNIA MONTE MALIZIA	25	571
	OSPEDALE DI ISERNIA MONTE MALIZIA	25	268

OSPEDALE DI ISERNIA MONTE MALIZIA	25	660
ASREM (CASOLI Giuseppe)	26	523

CATALOGAZIONE UNITA' IMMOBILIARI			
PROVINCIA DI ISERNIA			
DATI IMMOBILE		DATI CATASTALI	
COMUNE	INTESTATARIO	FOGLIO	P.LLA
VENAFRO	OSPEDALE CIVILE DI VENAFRO	12	1192
	OSPEDALE CIVILE DI VENAFRO	12	1994
		12	1995
		12	1997
		12	1998
		12	1999
		12	2000
		12	2003
		12	2004
	OSPEDALE CIVILE DI VENAFRO	12	2000
		12	2001
		12	2002
		12	2003
		12	2004
	OSPEDALE CIVILE DI VENAFRO	19	57
	OSPEDALE CIVILE DI VENAFRO	19	153
	OSPEDALE CIVILE DI VENAFRO	35	47
	OSPEDALE CIVILE DI VENAFRO	36	32
	OSPEDALE CIVILE DI VENAFRO	37	26
	OSPEDALE CIVILE DI VENAFRO	43	17
	OSPEDALE CIVILE DI VENAFRO	43	21
	OSPEDALE CIVILE DI VENAFRO	43	66
	OSPEDALE CIVILE DI VENAFRO	44	355
A.N.A.S.S.P.A. ROMA	44	356	
OSPEDALE CIVILE DI VENAFRO	44	349	
	44	350	
	44	351	
OSPEDALE CIVILE DI VENAFRO	44	87	
ISERNIA	OSPEDALE F. VENEZIALE (MARCUCCI Guido Firenze)	44	355
	OSPEDALE F. VENEZIALE (PETTINE Francesco)	54	204
	OSPEDALE F. VENEZIALE	64	6
	OSPEDALE F. VENEZIALE	64	7
	OSPEDALE F. VENEZIALE	64	12
	OSPEDALE F. VENEZIALE	64	14
	OSPEDALE F. VENEZIALE	64	21
	OSPEDALE F. VENEZIALE	64	28

	OSPEDALE F. VENEZIALE	64	635
	OSPEDALE F. VENEZIALE	64	444
	OSPEDALE F. VENEZIALE (MARCUCCI Guido Firenze)	64	908
	OSPEDALE F. VENEZIALE (MARCUCCI Guido Firenze)	64	949
	OSPEDALE F. VENEZIALE (GAMBERALE Filomena CB)	64	900
	OSPEDALE F. VENEZIALE (GAMBERALE Filomena CB)		
	OSPEDALE F. VENEZIALE (MARCUCCI Guido Firenze)	64	902
	OSPEDALE F. VENEZIALE (MARCUCCI Guido Firenze)	64	904
	OSPEDALE F. VENEZIALE (BALZANO Aldo , Pesche)	64	907
	OSPEDALE F. VENEZIALE (GAMBERALE Filomena CB)	64	909
	OSPEDALE F. VENEZIALE (GAMBERALE Gabriele CB)		
FROSOLONE	COMUNE DI FROSOLONE	69	311

La dotazione delle tecnologie

Il censimento delle apparecchiature per la Regione Molise evidenzia, in linea di massima e con alcune eccezioni specifiche, una situazione complessivamente accettabile per quanto riguarda il numero di macchine esistenti operanti. Tuttavia si evince che è necessario intervenire con scelte adeguate sulla distribuzione e aggiornamento delle tecnologie. La possibilità di sostituire le attuali apparecchiature con i modelli più recenti consente una maggiore efficienza (e quindi un maggior numero di esami in tempi inferiori), una migliore qualità delle immagini (per quanto riguarda la diagnostica per immagini) ed anche una migliore qualità clinica. In questo ambito l'acquisto di nuove apparecchiature a sostituzione delle attuali può essere positivamente valutato se accompagnato da analisi complessiva della U.O. in cui saranno installate e da una riorganizzazione del servizio che preveda aggiornamento del personale ed eventuale variazione numerica dello stesso e della dotazione di stazioni di lavoro in modo da consentire tempi congrui di refertazione degli esami clinici.

Di seguito l'elenco delle attrezzature esistenti pubbliche e private divise per struttura.

GRANDI APPARECCHIATURE ASREM - STRUTTURE PUBBLICHE		
Descrizione	Struttura	Unita Operativa
SISTEMI TAC/PET	PRESIDIO OSPEDALIERO 'A.CARDARELLI'	Medicina nucleare
RISONANZA	OSPEDALE VENEZIALE-ISERNIA	Radiologia
RISONANZA	PRESIDIO OSPEDALIERO 'A.CARDARELLI'	Radiologia
RISONANZA	OSPEDALE S. TIMOTEO-TERMOLI	Radiologia
TAC	OSPEDALE VENEZIALE-ISERNIA	Radiologia
TAC	OSPEDALE G. VIETRI-LARINO	Radiologia
TAC	OSPEDALE CARACCILO AGNONE	Radiologia
TAC	OSPEDALE S. TIMOTEO-TERMOLI	Radiologia

TAC	PRESIDIO OSPEDALIERO 'A.CARDARELLI'	Radiologia
TAC	OSPEDALE SS. ROSARIO - VENAFRO	Radiologia
TAC	PRESIDIO OSPEDALIERO 'A.CARDARELLI'	Pronto Soccorso
GAMMA CAMERE COMPUTERIZZATE	PRESIDIO OSPEDALIERO 'A.CARDARELLI'	Medicina nucleare
GAMMA CAMERE COMPUTERIZZATE	OSPEDALE S. TIMOTEO-TERMOLI	Medicina Nucleare
GAMMA CAMERE COMPUTERIZZATE	OSPEDALE VENEZIALE-ISERNIA	Medicina nucleare
GAMMA CAMERE COMPUTERIZZATE	PRESIDIO OSPEDALIERO 'A.CARDARELLI'	Medicina Nucleare
ANGIOGRAFI	PRESIDIO OSPEDALIERO 'A.CARDARELLI'	Radiologia
ANGIOGRAFI	OSPEDALE S. TIMOTEO-TERMOLI	Cardiologia
ANGIOGRAFI	OSPEDALE VENEZIALE-ISERNIA	Cardiologia
MAMMOGRAFI	PRESIDIO OSPEDALIERO 'A.CARDARELLI'	Radiologia
MAMMOGRAFI	OSPEDALE S. TIMOTEO-TERMOLI	Radiologia
MAMMOGRAFI	OSPEDALE G. VIETRI-LARINO	Radiologia
MAMMOGRAFI	OSPEDALE CARACCIULO AGNONE	Radiologia
MAMMOGRAFI	OSPEDALE SS. ROSARIO - VENAFRO	Radiologia
MAMMOGRAFI	OSPEDALE VENEZIALE-ISERNIA	Radiologia

GRANDI APPARECCHIATURE ASREM - STRUTTURE PRIVATE		
Descrizione	Struttura	Unita Operativa
MAMMOGRAFI	FONDAZIONE GIOVANNI PAOLO II	Radiodiagnostica
ANGIOGRAFI	FONDAZIONE GIOVANNI PAOLO II	Cardiologia
MAMMOGRAFI	CENTRO RADIOLOGICO POTITO	-

MAMMOGRAFI	CASA DI CURA PRIVATA VILLA ESTHER s.r.l.	RADIODIAGNOSTICA
MAMMOGRAFI	CASA DI CURA VILLA MARIA SRL	-
TAC	NEUROMED I.R.C.C.S.	-
ANGIOGRAFI	NEUROMED I.R.C.C.S.	-
MAMMOGRAFI	ARS MEDICA	-
MAMMOGRAFI	IST. RADIOL. E FISIOT. DR G. CARIELLO	-
MAMMOGRAFI	MEDICAL CENTER s.r.l.	POLIAMBULATORIO MEDICAL CENTER
RISONANZA	NEUROMED I.R.C.C.S.	-
TAC	CENTRO RADIOLOGICO POTITO	-
RISONANZA	CENTRO RADIOLOGICO POTITO	-
RISONANZA	CENTRO RADIOLOGICO POTITO	-
RISONANZA	CENTRO RADIOLOGICO POTITO	-
TAC	CASA DI CURA VILLA MARIA SRL	-
SISTEMI TAC/PET	NEUROMED I.R.C.C.S.	MEDICINA NUCLEARE
RISONANZA	NEUROMED I.R.C.C.S.	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
RISONANZA	NEUROMED I.R.C.C.S.	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
RISONANZA	NEUROMED I.R.C.C.S.	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
RISONANZA	NEUROMED I.R.C.C.S.	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
TAC	CASA DI CURA PRIVATA VILLA ESTHER s.r.l.	RADIODIAGNOSTICA
TAC	FONDAZIONE GIOVANNI PAOLO II	Radioterapia
TAC	FONDAZIONE GIOVANNI PAOLO II	Dipartimento Immagini
TAC	FONDAZIONE GIOVANNI PAOLO II	Dipartimento di Immagini
RISONANZA	FONDAZIONE GIOVANNI PAOLO II	Dipartimento Immagini
ACCELERATORI LINEARI	FONDAZIONE GIOVANNI PAOLO II	Radioterapia

ACCELERATORI LINEARI	FONDAZIONE GIOVANNI PAOLO II	Radioterapia
GAMMA CAMERE COMPUTERIZZATE	NEUROMED I.R.C.C.S.	MEDICINA NUCLEARE
TAC	MEDICAL CENTER s.r.l.	POLIAMBULATORIO MEDICAL CENTER
RISONANZA	MEDICAL CENTER s.r.l.	POLIAMBULATORIO MEDICAL CENTER
RISONANZA	IST. RADIOL. E FISIOT. DR G. CARIELLO	-
TAC	GEA MEDICA IST. EUROPEO di RIABILITAZION	Diagnostica per immagini
RISONANZA	GEA MEDICA IST. EUROPEO di RIABILITAZION	Diagnostica per immagini

L'accreditamento regionale

Ai sensi della normativa nazionale e regionale l'accreditamento istituzionale è lo strumento che le Regioni utilizzano per preselezionare le strutture pubbliche e private per erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario. Le strutture sanitarie e sociosanitarie devono essere preventivamente autorizzate e possedere i requisiti di accreditamento previsti dalla Regione. Agli erogatori pubblici e privati sono richieste tipologie omogenee di requisiti relative alla contrattazione del personale, etc. Per garantire il miglioramento continuo del servizio sanitario regionale sarà necessario perfezionare i meccanismi volti a promuovere il continuo aggiornamento, relativamente ai profili della qualità ed appropriatezza del servizio, dei criteri di accreditamento definiti a livello regionale. L'obiettivo finale è quello di promuovere in tutte le strutture accreditate un processo di continuo monitoraggio dei requisiti di qualità ed appropriatezza.

L'accreditamento è la condizione necessaria per erogare prestazioni a carico del Servizio Sanitario, in quanto è fondamentale per la stipula di un accordo (per le strutture pubbliche) o di un contratto (per le strutture private) con l'ASREM.

Nella Regione Molise, il percorso previsto per diventare soggetto erogatore di prestazioni a carico del S.S. è stato definito dalle Linee Guida per l'accreditamento delle strutture sanitarie, approvate con Deliberazione di Giunta regionale n. 244/2009, come di seguito specificato:

- autorizzazione alla realizzazione: di competenza comunale (i comuni richiedono alla Regione il nulla osta);
- autorizzazione all'esercizio: di competenza regionale (la Regione si avvale del personale dell'ASREM per i controlli);
- accreditamento: di competenza regionale (la Regione si avvale di apposita Commissione tecnica prevista dalla L.R. n. 18/08 nonché dei "verificatori" (personale tecnico della Regione e dell'ASREM per i sopralluoghi nelle strutture);

L'accreditamento istituzionale è stato avviato nel 2009 e, entro il 31.12.2011, sono state accreditate tutte le strutture private esistenti in regione, così come di seguito riportato:

strutture ospedaliere

CENTRI SANITARI PRIVATI	UBICAZIONE		TIPOLOGIA PRESTAZIONI EROGATE	numero decreto accreditamento	data
FONDAZIONE RICERCA E CURA "GIOVANNI PAOLO II"	CAMPOBASSO	LARGO GEMELLI, 1	Assistenza Ospedaliera	N. 21	30/06/2011
				N. 35	15/11/2013
I.R.C.C.S. NEUROMED	POZZILLI (IS)	VIA ATINENSE, 18	Assistenza Ospedaliera	N. 22	30/06/2011
CASA DI CURA "VILLA MARIA"	CAMPOBASSO	VIA PRINCIPE DI PIEMONTE, 4	Assistenza Ospedaliera	N. 23	30/06/2011
				N. 38	06/11/2014

CASA DI CURA "VILLA ESTHER"	BOJANO (CB)	VIA GINO DI BIASE, 18	Assistenza Ospedaliera	N. 24	30/06/2011
				N. 7	06/02/2014
GEA MEDICA S.r.l.	ISERNIA	VIA ACQUA SULFUREA, 1	Assistenza Ospedaliera	N. 25	30/06/2011
				N. 69	31/12/2010
				N. 30	03/01/2013

Strutture ambulatoriali

CENTRI SANITARI PRIVATI	UBICAZIONE		RECAPITO TELEFONICO	TIPOLOGIA PRESTAZIONI EROGATE	numero decreto accreditamento	data
NEPHROCARE SPA	VENAFRO	VIA S. ORMISDA, 32	0865/903537	Emodialisi	N. 27	30/06/2011
Dr. Francesco Reglieri	VENAFRO	CORSO CAMPANO, 20	0865/900059	Odontoiatria	N. 28	30/06/2011
Dott. Giuseppe Cardarelli	SERNIA	VIA MOLISE, 92	0865/412835	Odontoiatria	N. 29	30/06/2011
KLEIS	TERMOLI	VIA MARTIRI DELLA RESISTENZA	0875/83647	Odontoiatria	N. 30	30/06/2011
Gianserra Associati	CAMPOBASSO	VIA GAZZANI, 26	0874/92566	Odontoiatria	N. 31	30/06/2011
ATLAS	ISERNIA	VIA UMBRIA, 179	0865/451822	Odontoiatria	N. 32	30/06/2011
Dr. Sandro Ficca	CAMPOBASSO	P.LE MARCELLO SCARANO, 28-33	0874/91720	Radiologia	N. 33	30/06/2011
Domenico e Francesco Potito srl	CAMPOBASSO	VIA CONTE VERDE, 7	0874/91720	Radiologia - Terapia Fisica	N. 34	30/06/2011
Dr. Gianfranco Cariello	TERMOLI	CORSO NAZIONALE, 130	0875/706264	Radiologia - Terapia Fisica	N. 35	30/06/2011
Centro Medical Center	TERMOLI	VIA MARTIRI DELLA RESISTENZA, 61/63	0875/707320	Radiologia	N. 36	30/06/2011
Dr. Vincenzo Centritto	CAMPOBASSO	VIA MILANO, 21	0874/96672	Cardiologia	N. 37	30/06/2011
Centro Clinico Dr. F. Forte	VENAFRO	VIA VITT. EMANUELE, 21	0865/900046	Cardiologia	N. 38	30/06/2011
Dr. Francesco Laurelli	CAMPOBASSO	VIA PRINCIPE DI PIEMONTE, 98	0874/412413	Oculistica	N. 39	30/06/2011
ANTHOS	ISERNIA	VIA GIULIO TEDESCHI	0865/410361	Oculistica	N. 40	30/06/2011
Istituto Oftalmico Pentrio	VENAFRO	VIA GIOTTO DI BONDONE, 7/17	0865/900018	Oculistica	N. 41	30/06/2011

BIOMEDICAL - Campobasso	CAMPOBASSO	VIA DUCA D'AOSTA, 63	0874/979951	Laboratorio Analisi	N. 42	30/06/2011
Dr.ssa Gina Evelina Colella	CAMPOBASSO	VIA CONTE VERDE,5/7	0874/316147	Laboratorio Analisi	N. 43	30/06/2011
ATI Centro allergologico e Centro medico del Molise	TERMOLI	VIA MOLISE,15	0875/704905	Laboratorio Analisi	N. 44	30/06/2011
Dr. Bruno Palladino	CAMPOBASSO	VIA ROMA,35	0874/92428	Laboratorio Analisi	N. 45	30/06/2011
Lab. Analisi GAMMA	TERMOLI	VIA A. DE GASPERI,53	0875/702531	Laboratorio Analisi	N. 46	30/06/2011
Centro Diagnostica Minerva	VENAFRO	CORSO CAMPANO,101	0865/900788	Laboratorio Analisi	N. 47	30/06/2011

Comunità di riabilitazione psicosociali (CRP)

DCA	DATA	COMUNITA' DI RIABILITAZIONE PSICOSOCIALI (CRP) AD ALTA INTENSITA' PER MALATI PSICHIATRICI	POSTI LETTO RESIDENZIALI	POSTI LETTO SEMIRESIDENZIALI
N. 80	31.12.2012	S.C.S.A.I.M.H.A. Sede legale: Via Castelnuovo 23 – Agnone Sede operativa: Via S.Giocondino, 195 - AGNONE	10	3
N. 78	31.12.2012	NUOVE PROSPETTIVE Sede legale: Via Ferrone 4 – Busso Sede operativa: Via Roma, 2 – BUSSO	10	3
N. 74	31.12.2012	DIALOGO Sede legale: Via Salita Monastero 1 – Campolieto Sede operativa : Via Salita Monastero 1 – CAMPOLIETO	10	3
N. 86	31.12.2012	NARDACCHIONE a.r.l. onlus Sede legale: Vico Casone 3 – Casacalenda Sede operativa: P.zza Umberto I, 2 CASACALENDA	10	3
N. 82	31.12.2012	SCAED Sede legale: Via Nuovo Abitato s.n.c. – Castellino del Biferno Sede operativa: Via Nuovo Abitato s.n.c. – CASTELLINO DEL BIFERNO	10	3
N. 73	31.12.2012	S.Co.R.I.M. Sede legale: Via Borgata Faito 43 – Duronia Sede operativa: Via Borgata Faito 43 – DURONIA	10	3
N. 75	31.12.2012	CENTRO PER I SERVIZI SOCIALI Sede legale: Via G. Laurelli – Fornelli Sede operativa: C.da Castello - FORNELLI	10	3
N. 81	31.12.2012	GIOVANNI FALCONE Sede legale: Via Tufara 2 – Gambatesa Sede operativa: Via XXIV Maggio, 4 - GAMBATESA	10	3
N. 72	31.12.2012	SEGRETARIATO PER I SERVIZI SOCIALI Sede legale: Corso Risorgimento 6 – Rocchetta al Volturno Sede operativa: Corso Risorgimento 6 – ROCCHETTA AL VOLTURNO	10	3
N. 79 N. 5	31.12.2012 28.01.2016	SANT'AGAPITO MARTIRE Sede legale: F.ne Scalo – Via Largo delle Regioni, n. 2 – S. Agapito Sede operativa: F.ne Scalo – Via Largo delle Regioni, n. 2 – SANT'AGAPITO	10	3
N. 76	31.12.2012	VITTORIO BACHELET Sede legale: Largo San Nicola 22 – Sepino Sede operative: Largo San Nicola 22 – SEPINO	10	3
N. 77	31.12.2012	LA VASTESE Sede legale: Via 18 Settembre – Vastogirardi Sede operativa: Via Salvucci, 5 - VASTOGIRARDI	10	3
N. 53	30.09.2016	S.Co.R.I.M.A.A. Acli Sede legale: Via Dante 8 – Frosolone Sede operativa: Via Dante, 8 - FROSOLONE	10	3
N. 87	31.12.2012	Nardacchione a.r.l. onlus Sede legale: Vico Casone, 3 – Casacalenda Sede operativa: Via Berlinguer, 12 - Casacalenda	0	4

L'assistenza territoriale e sociosanitaria

La continuità delle cure e l'integrazione dell'ospedale con il territorio sono elementi fondamentali di un sistema sanitario improntato a principi di efficienza, efficacia, qualità e di autentica tutela della salute

L'implementazione di modelli organizzativi e gestionali in rete, atti a realizzare forme di continuità assistenziale e forme alternative al ricovero, per la gestione territoriale della patologia, garantendo la continuità del processo di diagnosi e cura programmato in filiera domicilio-territorio-ospedale-territorio-domicilio, nasce dall'obiettivo di valorizzare le cure primarie e di riequilibrare il sistema sanitario, spostato fino a poco tempo fa essenzialmente sul livello ospedaliero, in coerenza con gli impegni sottoscritti nel Patto per la Salute del 28 settembre 2006, in linea con il PSN 2006/2008 e il PRS.

In tale ottica, al fine di sviluppare un nuovo modello di continuità assistenziale, la Regione Molise intende promuovere i raggruppamenti funzionali e mono professionali di Medici di Medicina Generale (AFT) poiché rispondono agli obiettivi di garanzia assistenziale che la Regione Molise e la Medicina Generale condividono. Nell'ambito dell'AFT sarà possibile realizzare alcuni elementi innovativi, funzionali alla riorganizzazione territoriale e alla crescita del ruolo professionale della Medicina Generale. L'AFT, pur nella salvaguardia del rapporto fiduciario medico-paziente, sostituirà l'unità elementare di erogazione delle prestazioni mediche a livello territoriale che attualmente si identifica con il singolo medico.

Saranno realizzati progetti che prevedano per i Medici di Medicina Generale ed ai Pediatri di Libera Scelta un ruolo primario di riferimento degli assistiti da attuarsi mediante modalità organizzative e percorsi di presa in carico e continuità assistenziale integrata con gli specialisti ospedalieri e le diverse figure professionali dei servizi sanitari, socio sanitari e sociali del territorio.

La continuità assistenziale non potrà prescindere della centralità del medico di medicina generale all'interno di un sistema a rete di cure, quale elemento di risposte adeguate ai bisogni di cura complessi.

La Regione Molise, coerentemente con il potenziamento e la riorganizzazione della rete assistenziale regionale, ha previsto l'istituzione di forme organizzative multi professionali quali le Case della Salute (coerentemente con quanto descritto dal Patto per la Salute 2014-2016). Tali strutture territoriali erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici di Medicina Generale e delle altre professionalità convenzionate con il SSN.

Le Case della Salute prevedono la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico anche con le strutture ospedaliere. Tali strutture confluiscono nel distretto di competenza.

All'interno delle Case della Salute, in coerenza con quanto previsto dal Patto per la Salute 2014-2016 e nel rispetto delle caratteristiche descritte nel medesimo documento, saranno attivate e sviluppate le seguenti attività:

- Postazione 118 per garantire le attività di primo intervento;
- UCCP/AFT per i medici di medicina generale e i pediatri;

- PUA;
- Sportello CUP;
- Poliambulatorio specialistico;
- Punto prelievo;
- Ambulatorio infermieristico;
- Posti letto bassa intensità (a gestione infermieristica);
- Area materno infantile;
- Area integrazione socio-sanitaria.

La Regione Molise intende procedere all'attivazione di 13 Case della Salute derivanti interamente dall'ammodernamento delle attuali strutture dei poliambulatori.

Il P.O.S. (2015-2018), quindi, con l'attivazione delle Case della Salute e con la riconversione in strutture territoriali polivalenti degli ospedali di Larino e Venafro, afferma la necessità di ruoli e di nuovi compiti sia per le strutture da riconvertire che per i MMg e PLS.

In tutto questo contesto si inserisce inoltre la figura dei medici di continuità assistenziale che dovranno garantire ai cittadini, insieme ai medici di famiglia ed ai pediatri di libera scelta, nelle ore notturne e nei giorni festivi, il servizio di continuità delle cure.

Tale processo assume un ruolo fondamentale nella gestione delle malattie croniche, degenerative e nella disabilità. Tali processi saranno governati attraverso percorsi sociosanitari attraverso servizi integrati, domiciliari, residenziali e semiresidenziali, finalizzati a garantire la continuità degli interventi dopo la dimissione ospedaliera e a favorire il rapido recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti, oltre che la prevenzione dei ricoveri non necessari e/o impropri.

La regione Molise sta, quindi, mettendo in campo azioni per lo sviluppo, la riqualificazione e la diversificazione all'accesso alla rete sociosanitaria, tenendo conto della domanda e dei bisogni sociali emergenti, anche in merito all'assistenza e cura post/acuta e cronica a domicilio, e della necessità di agire sia sull'offerta dei servizi che sulle cure domiciliari. Sono stati previsti azioni progettuali finalizzate a dare un forte impulso all'assistenza socio-sanitaria, in particolare per migliorare le cure domiciliari destinate alle persone affette da scompenso cardiaco, malattie neurodegenerative, diabete e insufficienza respiratoria.

Inoltre, la necessità di cucire intorno al cittadino tutto il sistema sanitario e sociosanitario, con percorsi più semplici e più efficaci, ha portato all'attivazione dei processi di gestione della cura del paziente con l'obiettivo di garantire standard assistenziali più elevati, attraverso la presa in carico del paziente e l'integrazione tra l'ospedale ed il territorio.

Nel corso dell'ultimo anno l'ASReM si è impegnata per la ricomposizione dell'offerta di prestazioni domiciliari attraverso una serie di azioni volte a realizzare un'organizzazione che si ponesse quale "sistema" intorno alla persona avvalendosi dei servizi sanitari distrettuali e con la collaborazione delle strutture ospedaliere.

E' stato definito un sistema di classificazione per le Cure domiciliari finalizzato alla regolamentazione provvisoria delle cure domiciliari esternalizzate, coerente con quanto sancito dal documento del 2006 della Commissione LEA "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" che ha compiutamente definito le cure domiciliari e le sue caratteristiche, distinguendo le prestazioni in esse rientranti in:

- cure domiciliari di tipo prestazionale occasionale o ciclico programmato;
- cure domiciliari integrate di primo, secondo e terzo livello (bassa, media ed elevata intensità);
- cure domiciliari palliative a malati terminali.

E indicando anche gli standard qualificanti le attività domiciliari, le principali prestazioni domiciliari per profilo e per figura professionale del livello assistenziale, i criteri omogenei di eleggibilità, il set minimo di indicatori di verifica, le modalità di valorizzazione economica del costo medio mensile, la stima del costo pro capite per residente al raggiungimento di definiti valori standard.

Al fine di dare particolare impulso alle attività territoriali e domiciliari, in coerenza con il nuovo assetto delle reti assistenziali, l'ASReM, coerentemente a quanto stabilito dalle disposizioni regionali, sta già predisponendo ulteriori azioni. In particolare, si prevede di:

- potenziare le dimissioni protette le cui linee guida sono state approvate con provvedimento del Direttore Generale n. 12/2012, attraverso un collegamento tra l'ospedale e l'équipe territoriale;
- creare un sistema di radiologia portatile domiciliare in favore di persone anziane, disabili o le cui condizioni non permettano il trasporto in una struttura sanitaria;
- acquistare apparecchiature portatili di diagnostica, di laboratorio ed analizzatori portatili;
- avviare un sistema sperimentale di telemedicina per il monitoraggio dei pazienti in assistenza domiciliare affetti da scompenso cardiaco ed insufficienza respiratoria;
- definire e implementare PDTA territoriali per il diabete, scompenso e bpc;
- introdurre un sistema informatizzato per la rilevazione delle prestazioni domiciliari erogate dai medici specialisti, dagli infermieri e dai terapisti della riabilitazione;
- sviluppare una app per la rilevazione informatizzata delle prestazioni domiciliari rese dai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

B1a 7 Analisi e valutazione della continuità assistenziale

La Regione Molise, così come prescritto nel DM 70/2015, intende attuare un nuovo modello organizzativo dell'assistenza, caratterizzato da un potenziamento delle attività sul territorio e dalla realizzazione di una rete ospedaliera dedicata alle patologie complesse.

La complessità e la frammentazione dell'attuale offerta di servizi per il paziente complesso necessita di un intervento di ricomposizione e di un orientamento verso forme di gestione proattiva delle patologie croniche e dei bisogni assistenziali delle persone (medicina e assistenza di iniziativa).

A tal fine la Regione intende definire specifici percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA), integrati tra ospedale e territorio, per le principali patologie cronico degenerative e per le condizioni ad

elevato impatto sociale. Nell'ambito di tali percorsi verranno definiti i contributi dei diversi professionisti (medico di medicina generale, medico specialista, infermiere) e per i diversi livelli di gravità e intensità assistenziale dei pazienti presi in carico.

Le Dimissioni protette

Gli ospedali operano in stretto contatto con i servizi sanitari e socio-sanitari distrettuali per garantire la continuità delle cure; in questo ambito rientrano le dimissioni protette, vale a dire dimissioni dall'ospedale seguite da un programma di assistenza concordato con i servizi territoriali e con il coinvolgimento del medico di famiglia. Lo scopo è quello di sostenere il paziente nel rientro a casa, garantendo la continuità della cura e l'assistenza a domicilio.

L' Assistenza domiciliare Integrata

La Regione Molise, con Determinazione Direttoriale n. 232 del 26.10.2015 ha approvato le linee guida per il potenziamento e la qualificazione del sistema delle cure domiciliari.

L'ADI in Regione Molise risulta essere in linea con gli standard assistenziali previsti dalla normativa vigente.

In base ai dati 2014 (vedi Tabella 51) nel 2014 sono stati assistiti circa il 4,8% di anziani (pari a circa 3.500).

Numero casi ADI				
	2012	2013	2014	2015
Popolazione	313.145	313.341	314725	
Residenti >65 in %	22,20%	22,50%	22,90%	23,30%
Residenti > 65	69.518	71.497	72.489	
Casi ADI > 65	2.900	3.200	3.500	
% anziani assistiti	4,1	4,5	4,8	4,8

A tal proposito Regione Molise intende potenziare la percentuale di anziani assistiti, anche in ragione delle caratteristiche sociali della popolazione regionale e del diverso assetto della dotazione di posti letto (residenziali e semiresidenziali) e di raggiungere i successivi ulteriori obiettivi. Nel dettaglio:

- indicare le tempistiche di applicazione della quota di compartecipazione alle prestazioni da parte del comune/utente;
- individuare i percorsi per la continuità territorio ospedale, e viceversa, nella presa in carico dei pazienti non autosufficienti, anziani, minori e disabili;

■ riorganizzare l'area della non autosufficienza con un cronoprogramma e di individuare specifici indicatori di risultato.

Nel corso dell'ultimo anno l'ASReM si è impegnata per la ricomposizione dell'offerta di prestazioni domiciliari attraverso una serie di azioni volte a realizzare un'organizzazione che si ponesse quale "sistema" intorno alla persona avvalendosi dei servizi sanitari distrettuali e con la collaborazione delle strutture ospedaliere.

Uno dei prioritari interventi posti in atto dalla ASReM è stato quello di disciplinare il settore delle cure domiciliari al fine di uniformare le regole e, soprattutto, le modalità di valutazione e presa in carico dei pazienti.

ha esplicitato i criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari, identificando un unico modello di assistenza domiciliare integrata (Adi), basato su livelli di intensità delle cure, graduate in relazione al bisogno sanitario e socio-assistenziale del singolo paziente.

L'Adi è un servizio presente in tutti i Distretti come forma di assistenza alternativa al ricovero o all'istituzionalizzazione. L'utilizzo dell'Adi evita il ricorso alla degenza ordinaria per patologie trattabili domiciliariamente e consente di mantenere al proprio domicilio le persone non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza, favorendone l'eventuale recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione.

Tale approccio assistenziale propone un unico modello organizzativo basato sull'integrazione delle figure professionali coinvolte : medici di medicina generale (Mmg), infermieri, medici specialisti, fisioterapisti, assistenti sociali, assistenti di base, nonché membri delle associazioni del volontariato.

B1B. STRATEGIA ADOTTATA RISPETTO AI BISOGNI IDENTIFICATI

B1b.1 IDENTIFICAZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI

Le Reti Assistenziali

La Regione Molise, così come prescritto nel DM 70/2015, intende avviare e concludere un nuovo modello organizzativo dell'assistenza, caratterizzato da un potenziamento delle attività sul territorio e dalla realizzazione di una rete ospedaliera dedicata alle patologie complesse.

Le attività di diagnosi e di cura per patologie caratterizzate da elevata complessità possono giovare dall'organizzazione in rete delle strutture e dei servizi, favorendo la diffusione di conoscenze e di competenze tra i professionisti e consentendo loro di indirizzarsi verso le opzioni terapeutiche più appropriate, sulla base di percorsi diagnostici e terapeutici condivisi che garantiscano equità di trattamento, facilità di accesso e tracciabilità del paziente. Il malato può, così, orientarsi in modo più consapevole all'interno di percorsi assistenziali di tipo specialistico di elevata complessità.

Una strategia di piano orientata verso lo sviluppo di sistemi a rete per l'erogazione di servizi socio sanitari è tanto più efficace quanto più riesce a configurare il sistema dell'offerta verso il reale bisogno di salute del cittadino.

L'adozione del concetto di "rete integrata" per la programmazione della rete dell'offerta del sistema sanitario, richiede la cooperazione dei soggetti erogatori all'interno della rete di cui fanno parte secondo i diversi livelli di complessità dell'attività di pertinenza.

L'attenzione sui nodi è centrata sulle caratteristiche che ciascuno di questi deve possedere per garantire la sua funzione nell'ambito della rete. Relativamente agli ospedali, ad esempio, il problema riguarda la individuazione della loro dimensione ottimale, tenendo conto delle esigenze di funzionalità complessive determinate dai servizi di supporto, generale e tecnico, e dalle economie di scopo originate dalle funzioni presenti, a fronte delle esigenze di rete, che si esprimono principalmente attraverso la accessibilità e le relazioni funzionali con le altre strutture ospedaliere.

Il territorio e la popolazione della Regione Molise richiedono di modulare le Reti attraverso un sistema SES 118 sviluppato in aree complesse adattando gli interventi, secondo le necessità, verso un trasporto rapido o la gestione sul luogo dell'evento, integrato ad un sistema ospedaliero concentrato su tre strutture coordinate, in grado di offrire una risposta qualitativamente adeguata ai volumi di attività svolta, e collegato ad un sistema sovrapregionale con cui condividere la risposta per competenze, che, a loro volta, necessitano di bacini epidemiologici diversi per la loro sostenibilità clinica ed economica.

Riassetto della rete Ospedaliera regionale

La Rete Ospedaliera

L'attuale dotazione complessiva di posti letto pubblici, classificati e privati accreditati SSR è pari a 1.269 PL, di cui:

- 1.036 posti letto in acuzie;

- 233 posti letto in post acuzie, di cui 144 di riabilitazione e 44 di lungodegenza (fonte NSIS, Flussi HSP anno 2014).

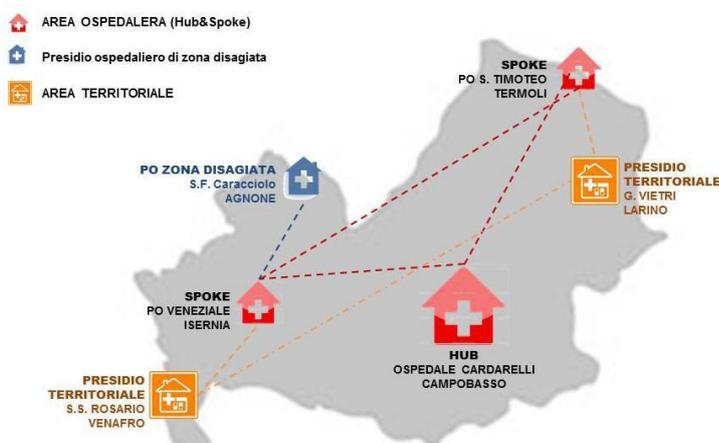
In relazione ai dati sulla popolazione molisana residente, pari a 313.348 abitanti (fonte ISTAT aggiornata al 1° gennaio 2015), l'offerta di posti letto per 1.000 abitanti risulta pari a 4,03 contro i 3,7 previsti dagli standard nazionali. Di questi 3,29 (per 1.000 abitanti) sono posti letto per acuti e 0,74 posti letto (per 1.000 abitanti) per post acuti.

Così come avvenuto in altre Regioni, si ritiene importante programmare interventi volti alla rimodulazione e riqualificazione dell'attività di assistenza regionale riducendo il ricorso all'ospedale e procedendo alla riorganizzazione e al potenziamento (dove necessario) delle attività di assistenza territoriale. Determinato il fabbisogno di posti letto accreditati per singola disciplina, si è proceduto alla verifica del rispetto dei parametri e dei limiti previsti dalla normativa vigente e dopo aver verificato l'avvenuto allineamento con i limiti prevista dalla normativa vigente sulla dotazione massima di posti letto si è proceduto alla definizione della dotazione di posti letto per singola struttura e singolo reparto per la componente pubblica e privata in base alle disposizioni riportate nel DM 70/2015. Inoltre, pur seguendo pedissequamente le predette indicazioni, sono state considerate le necessità assistenziali di ciascun bacino regionale e le peculiarità ed eccellenze delle singole strutture.

Alla luce dell'analisi esposta nel paragrafo precedente e con l'obiettivo di razionalizzare la propria rete ospedaliera utilizzando criteri che permettano di ridurre l'inappropriatezza sanitaria e l'inadeguatezza organizzativa, la Regione Molise intende rimodulare la dotazione di posti letto per l'assistenza ospedaliera prevedendo una dotazione complessiva pari a 980 PL (3,11 PL per 1.000 abitanti). Tale configurazione risulta essere perfettamente equilibrata tra le esigenze della popolazione regionale, inclusa la mobilità attiva, e le necessità di recuperare efficienza ed efficacia.

Il modello adottato prevede che l'attività ospedaliera si concretizzi in un'offerta unitaria, governata attraverso un sistema Hub and Spoke.

Il Presidio Cardarelli di Campobasso – DEA di I livello diventerà concretamente HUB per la rete



Ospedaliera e dell'Emergenza Urgenza. Allo stesso saranno strutturalmente e funzionalmente collegati i Presidi Veneziale di Isernia e S. Timoteo di Termoli.

Per quanto riguarda l'**Ospedale S.F. Caracciolo di Agnone**, in considerazione del fatto che lo stesso insiste su un'area montana particolarmente disagiata, in cui risiede una popolazione significativamente

rilevante e a cui fanno riferimento i residenti nei comuni extraregionali confinanti, e tenuto conto che è distante dai centri ospedalieri maggiori di Isernia e Campobasso, a cui è collegato attraverso una viabilità

tortuosa ed impegnativa, si ritiene opportuno che questo ospedale assolva alle funzioni di assistenza e di cura dei pazienti acuti con la possibilità di ricoverare ed osservare i pazienti che richiedono un periodo di cure più lungo, oltre che stabilizzare e provvedere al trasferimento all'ospedale di livello superiore.

A tal fine l'ospedale di Agnone sarà dotato di:

- Un servizio di Emergenza-Urgenza, presidiato da un organico medico dedicato a tale attività (personale in turnazione dallo Spoke di Isernia), che svolga attività di primo intervento;
- Un'attività di Medicina Generale, dotata di 14 posti letto e con un proprio organico di medici e di infermieri per il ricovero dei pazienti acuti.

Dal punto di vista organizzativo e funzionale, la medicina generale conserva la propria autonomia, integrandosi nel PS di Isernia (con il personale dello Spoke) e nel DEA di I livello di Campobasso.

I Servizi Diagnostici previsti constano di: radiologia con trasmissione di immagini, collegata alla radiologia del DEA di riferimento; laboratorio di analisi, collegato con gli analisti della rete regionale dei laboratori; disponibilità di apparati per analisi fast in emergenza-urgenza; presenza di un'emoteca.

Con la riconversione dei Presidi di Larino e Venafro e la caratterizzazione dell'ospedale di Agnone come ospedale di "Area disagiata" vengono, quindi, previsti posti letto per acuti nei soli presidi pubblici di Campobasso, Isernia, Termoli ed Agnone per la zona disagiata, in modo da rispondere da un lato al modello Hub-Spoke, fatta salva l'ottemperanza agli standard di riferimento per l'istituzione delle discipline ad alta specializzazione, dall'altro al bisogno di ospedalizzazione espresso dalle popolazioni afferenti ai diversi territori della regione. A tal fine il presidio di Campobasso, individuato come DEA di I livello, e i Presidi di Isernia e Termoli, individuati come Pronto Soccorso, costituiranno l'architettura delle Reti Tempo dipendenti.

Integrazione dell'Ospedale Cardarelli presso la struttura della Fondazione Giovanni Paolo II

La Fondazione Giovanni Paolo II gestisce in Campobasso una struttura ospedaliera di complessivi 130 posti letto accreditati, di cui 118 ordinari e 12 diurni. I punti di forza quali-quantitativi della sua offerta sanitaria sono essenzialmente connessi alle attività rivolte alle patologie cardiologiche ed oncologiche. Da un punto di vista meramente strutturale, la Fondazione Giovanni Paolo II è una struttura ospedaliera moderna e razionale, adeguata alla più recente normativa antisismica, antincendio e di sicurezza. Allo stato attuale la Fondazione Giovanni Paolo II occupa solo parzialmente lo spazio complessivo utile edificato.

Il Presidio Ospedaliero "Cardarelli", gestito dall'ASReM, dista poche centinaia di metri dalla struttura ospedaliera Giovanni Paolo II. Attualmente sono complessivamente attivi 336 posti letto per acuti, di cui 287 ordinari e 49 diurni. Il "Cardarelli" è stato individuato dalla programmazione sanitaria come l'Hub regionale e ospita il DEA e tutte le discipline ricomprese nella rete regionale. La struttura "Cardarelli" è costituita da tre blocchi completati rispettivamente negli anni 1982, 1988 e, l'ultimo, nel 2001.

Pur rispondendo ai criteri di sicurezza dell'epoca, la struttura del Cardarelli necessita di numerosi interventi di consolidamento di alcune paratie esterne, miglioramento ed adattamento alle nuove normative intervenute (in particolare quella antincendio ed antinfortunistica) che richiedono un notevole investimento, valutato presuntivamente intorno ai 60/65 milioni di euro.

Acquisita la disponibilità della Fondazione Giovanni Paolo II a mettere a disposizione per le necessità di ASReM i locali non utilizzati dalla stessa nella propria struttura, si è proceduto ad una valutazione sulle possibilità di utilizzo di detti spazi per le esigenze del Presidio Ospedaliero “Cardarelli”, prevedendo un’organizzazione sanitaria basata sul modello per intensità di cura.

Da tale analisi, è emerso che un intervento di razionalizzazione dell’offerta delle due strutture renderebbe possibile il trasferimento di tutte le attività del Presidio “Cardarelli” all’interno della struttura Giovanni Paolo II. Tale soluzione renderebbe possibile la dismissione del primo e del secondo corpo di fabbrica del “Cardarelli”, i più datati e più bisognosi di interventi di manutenzione straordinaria, con un notevole risparmio per le finanze pubbliche.

La possibilità di detta soluzione è però subordinata ad un importante intervento di razionalizzazione, all’interno della stessa struttura edilizia, sia per le discipline ospedaliere con posti letto, ma anche e soprattutto per i servizi senza posti letto e le dotazioni tecnologiche che, all’interno della struttura Giovanni Paolo II, sono presenti ed adeguati.

La proposta di integrazione si caratterizza nella compresenza nella stessa struttura con spazi autonomi e separati, di due soggetti giuridici diversi con distinte titolarità e soggettività giuridiche e autonomie gestionali. Tale configurazione porterà, ai soli fini gestionali, alla definizione, di un contratto di servizio che possa determinare i corrispettivi dei due soggetti rispetto alle spese sostenute per l’utilizzazione, il funzionamento e la manutenzione sia delle strutture che delle apparecchiature, fermo restando gli oneri previsti dal contratto di fornitura per prestazioni e servizi previsto dal rapporto tra soggetto erogatore accreditato e Regione Molise.

La proposta progettuale prevede la ristrutturazione di alcuni corpi di fabbrica, ceduti all’ASREM, in diritto di superficie, dall’Università Cattolica del Sacro Cuore e la costruzione di nuove strutture realizzate su lotti di terreni acquistati dall’ASREM.

Attraverso un Protocollo di intesa da sottoscrivere tra l’Azienda Sanitaria Regionale del Molise e la Fondazione di Ricerca e Cura “Giovanni Paolo II”, sono state fissate le disposizioni fondamentali che governeranno i rapporti tra le Parti, le modalità di gestione dei percorsi di cura tra Cardarelli e Fondazione, la definizione degli spazi necessari alla funzionalità delle due strutture ospedaliere e la cessione in compravendita delle aree necessarie per la costruzione dei nuovi fabbricati di pertinenza dell’ASREM.

Attraverso un regolamento tra le parti sono state, inoltre, fissate sia le modalità di uso degli spazi dedicati, che la gestione e la manutenzione dei servizi e delle strutture in comune.

La Rete di Emergenza

La razionalizzazione della rete ospedaliera e territoriale di emergenza è un processo rivolto a garantire e implementare qualità e tempestività dei servizi per il cittadino attraverso una visione organizzativa di rete e percorsi clinici integrati con procedure condivise.

La configurazione attuale è composta da una Centrale Operativa Regionale “118” e da 16 postazioni territoriali di MSA che smistano le urgenze su 6 ospedali con accesso Pronto Soccorso. Relativamente al servizio di elisoccorso, è stata sottoscritta una convenzione con la Regione Abruzzo.

Non sono, infine, disponibili: protocolli clinici regionali, percorsi integrati con la medicina territoriale, sistema di telemedicina, progetto di valutazione sistematica, percorsi formativi formalizzati per il “continuing professional development”.

Relativamente alla riorganizzazione della rete territoriale di emergenza (postazioni 118 e MSA) si stima l'attuale dotazione leggermente superiore rispetto alle reali necessità della popolazione ed ai volumi di prestazioni erogate. Si prevede una riorganizzazione del servizio, anche attraverso una diversa ubicazione delle postazioni e un diverso mix di mezzi utilizzati (postazioni con mezzi avanzati – ALS e postazioni con mezzi di base – BLS con utilizzo delle auto medicalizzate con “rendez vous”). Diventa rilevante rinnovare e potenziare l'attuale parco macchine medicalizzate.

Rete dell’Emergenza Ospedaliera

La riorganizzazione e rimodulazione della rete ospedaliera è resa necessaria dal rispetto degli standard nazionali e dalla congruità tra capacità delle strutture e volumi di attività, nella consapevolezza di dovere rispondere con l'appropriatezza organizzativa e clinico-assistenziale adeguata a oltre 100.000 accessi per una condizione clinica di acuzie.

Attualmente, la rete è articolata su sei strutture ospedaliere dotate di Pronto Soccorso attivo ovvero in tutti gli stabilimenti pubblici. All'attività della Rete di Emergenza contribuiscono in modo non organizzato la struttura IRCCS Neuromed (Pozzilli) per la competenza neurologica e la Fondazione Giovanni Paolo II (Campobasso) per la competenza cardiocirurgica.

La riorganizzazione della Rete Ospedaliera di Emergenza ha come obiettivo principale quello di concentrare gli accessi su strutture in grado di offrire una risposta efficiente ed appropriata, identificando le sedi con il ruolo Hub e Spoke e quelle per cui sia necessario un riferimento extraregionale.

In considerazione delle peculiarità geografiche, demografiche ed infrastrutturali del territorio regionale risulta fondamentale una risposta sanitaria omogenea sul territorio e una capacità di intervento efficace e rapida in tutti i punti della regione la nuova Rete sarà sviluppata secondo questi criteri

- Gli ospedali di Venafro e Larino saranno oggetto di riconversione in strutture territoriali senza accesso di P.S. ma con l'attivazione temporanea di PPI (Punti di Primo Intervento), fermo restando le indicazioni previste dal DM 70/2015, per poi essere interamente gestite dal personale 118 attraverso le postazioni medicalizzate, già comunque attive;
- L'ospedale di Agnone, anch'esso oggetto di riconversione, viene inquadrato come Presidio di zona particolarmente disagiata per le condizioni orografiche e di logistica;
- L'Ospedale di Campobasso assume il ruolo di “Hub” regionale come DEA I livello per la centralizzazione di alcune competenze e, proprio per le caratteristiche orografiche del territorio, mantiene specialità già attive nel territorio regionale, quali la neurologia e la chirurgia vascolare.

Queste competenze, pur essendo caratterizzanti di un DEA di livello superiore, sono ritenute indispensabili per la gestione delle Reti Tempo-dipendenti;

- Gli Ospedali di Isernia e Termoli devono essere in grado di svolgere un ruolo autonomo per il proprio bacino di popolazione, caratteristico di un Pronto Soccorso territoriale, ma in relazione ai volumi di attività ed alla logistica mantengono competenze di un Ospedale di I livello;

Rete per il Trauma

La Rete per il Trauma viene istituita in relazione ai criteri già utilizzati per la Rete Ospedaliera di Emergenza e prevede un rapporto epidemiologico secondo le indicazioni del Ministero della Salute di 450 traumi gravi per 1.000.000 di abitanti con una prevedibilità in Molise di circa 150 traumi gravi/anno all'interno di circa 2.000 nuovi ricoveri/anno.

Attualmente, l'accesso per trauma avviene attraverso sei strutture ospedaliere dotate di Pronto Soccorso attivo: Campobasso, Termoli, Isernia, Larino, Venafro, Agnone.

Il Coordinamento Regionale della Rete di Emergenza assume i compiti di gestione, manutenzione e verifica delle attività di rete.

La Rete viene strutturata su tre strutture:

- Isernia e Termoli sede di Pronto Soccorso per Traumi (PST) svolgono un ruolo autonomo per la gestione del trauma, e assumono per i traumi maggiori il ruolo di "spoke";
- Campobasso è sede di Centro Trauma di Zona (CTZ) e assume il ruolo "Hub" con conservazione delle competenze di neurochirurgia e chirurgia vascolare per i traumi maggiori);

Rete per l'Ictus

La Rete per l'Ictus viene istituita in relazione ai criteri già utilizzati per la Rete Ospedaliera di Emergenza e prevede un rapporto epidemiologico secondo le indicazioni del Ministero della Salute di 3.200 ictus per 1.000.000 di abitanti con una prevedibilità in Molise di circa 1.100 nuovi casi/anno di cui circa 350 passibili di trombolisi.

Attualmente, l'accesso delle emergenze neurologiche avviene attraverso sei strutture ospedaliere dotate di Pronto Soccorso attivo: Campobasso, Termoli, Isernia, Larino, Venafro, Agnone.

La Rete verrà strutturata secondo i criteri degli "standard ospedalieri" sulle successive strutture ed attraverso un programma di razionalizzazione dei posti letto ospedalieri:

- Ospedale Cardarelli di Campobasso assume il ruolo "Hub";
- Ospedale San Timoteo di Termoli e Ospedale Veneziale di Isernia svolgono ruolo di "Spoke";
- Accordi intra-regionali per definire volume, peso e ruolo, secondo il fabbisogno della Rete, dei PL di neurologia e neurochirurgia presso l'IRCSS Neuromed.

Rete per le Emergenze Cardiologiche

La Rete per le Emergenze Cardiologiche viene istituita in relazione ai criteri già utilizzati per la Rete Ospedaliera di Emergenza e prevede un rapporto epidemiologico secondo le indicazioni del Ministero della Salute di 3.000 sindromi coronariche acute per 1.000.000 di abitanti con una prevedibilità in Molise di circa 1.100 casi di cui 300 nuovi casi/anno di infarto miocardico STEMI.

Attualmente, l'accesso delle emergenze Cardiologiche avviene attraverso sei strutture ospedaliere dotate di Pronto Soccorso attivo: Campobasso, Termoli, Isernia, Larino, Venafro, Agnone.

La Rete verrà strutturata secondo i criteri degli "standard ospedalieri" sulle seguenti strutture:

- Gli Ospedali di Campobasso e Termoli dotati delle competenze e strutture per l'esecuzione della manovra salvavita di riperfusione coronarica h 24/365.
- L'Ospedale di Campobasso svolge il ruolo di "Hub" per la competenza di chirurgia vascolare;
- L'Ospedale di Isernia dispone di un'attività specialistica di riperfusione coronarica integrata con la U.O. di Cardiologia di Campobasso secondo un programma di turnazione compatibile con le risorse disponibili;
- Accordi intra-regionali saranno attivati secondo criteri definiti per il trasferimento per competenza cardiocirurgica presso l'IRCCS Giovanni Paolo II;

La centralizzazione primaria avviene attraverso un coordinamento tra il sistema 118, già dotato di strumenti per la trasmissione wireless, e la U.O. di Cardiologia di Campobasso, già attiva come centro di ricezione, attraverso il seguente percorso:

- Il personale del 118 sulla scena secondo i criteri clinici definiti esegue l'ECG e lo trasmette alla U.O. di Cardiologia di Campobasso;
- L'U.O. di Campobasso valuta il profilo clinico e l'esame ECG e indica alla C.O. la necessità di centralizzare il paziente con caratteristiche STEMI verso la struttura "attiva" più vicina;
- Il paziente con profilo NSTEMI viene avviato alla struttura di P.S. più vicina.

Rete delle Terapie intensive

La Rete delle terapie intensive, delle reti tempo dipendenti, non è considerata ai fini del regolamento sugli standard, ma la gestione di risorse limitate per l'alta intensità di cura ne richiede un utilizzo maggiormente appropriato e finalizzato alla centralizzazione delle condizioni clinico-assistenziali più complesse. In questa logica, pur non rientrando nelle reti tempo dipendenti, vanno rivalutate le funzioni e le risorse dedicate all'appropriato funzionamento delle T.I. per la migliore e più efficiente funzionalità della Rete.

Le Unità Operative di T.I. sono presenti negli ospedali di Campobasso (8 pl), Termoli (5 pl) ed Isernia (6 pl) per un totale di 19 posti letto.

Sono presenti U.O. di Terapia Intensiva presso le Strutture Neuromed e Giovanni Paolo II non integrate nella Rete di Emergenza Ospedaliera, perché senza accessi di P.S., su cui va valutata il bisogno e l'effettiva e possibile azione di supporto.

La Rete delle Terapie Intensive viene costituita e finalizzata all'integrazione con le Reti Tempo-dipendenti per questo sarà costituita da:

- Ospedale Cardarelli di Campobasso con ruolo "Hub" per rispondere alla centralizzazione dei pazienti delle varie reti fino al completamento della gestione di emergenza;
- Ospedale Veneziale di Isernia e Ospedale San Timoteo di Termoli con ruolo "Spoke" come sede di ricovero per i pazienti del proprio territorio e quelli che dopo la centralizzazione iniziale siano stati stabilizzati e non necessitino di competenze superiori.

Rete perinatale e organizzazione della rete STAM e STEN

Un piano di riorganizzazione della rete ospedaliera regionale molisana, per quanto riguarda le Unità di Assistenza Perinatale, si rende necessario per:

- Assicurare livelli adeguati ed ottimali di sicurezza assistenziale;
- Razionalizzare ed ottimizzare le risorse;
- Organizzare i livelli assistenziali con una migliore integrazione funzionale;
- Collegare funzionalmente in una "rete" di assistenza secondo il modello "Hub and spoke" per la migliore efficacia ed efficienza dell'assistenza perinatale;
- Tenere in conto il cambiamento dei riferimenti per alcuni standard strutturali e funzionali.

È noto che notevoli sono i vantaggi per la madre ed il neonato se, ad una precoce individuazione di condizioni di rischio, corrisponde un immediato invio, pre o post-natale, presso strutture in grado di fornire un'assistenza adeguata alle reali necessità. In questo contesto oltre alla organizzazione di una rete efficiente il trasporto assistito materno e quello neonatale sono una componente essenziale della rete assistenziale. Per la sua specificità, quindi, pur con una sua integrazione nel Sistema regionale dell'emergenza 118, va prevista una organizzazione e funzionamento dedicati.

La riorganizzazione che si intende approntare si ispira ad un modello di regionalizzazione dell'assistenza a rete "Hub" e "Spoke" nel quale le cure ostetriche e neonatali siano fortemente integrate, il fabbisogno di strutture sia commisurato ai bisogni e sia rispondente a standard strutturali ed organizzativi ed il collegamento tra i diversi livelli di assistenza (I, II e III) sia stabilmente funzionante sia nel riferire condizioni di media ed alta severità clinica al livello superiore adeguato sia promuovendo il back-transport verso il livello inferiore una volta stabilizzato il quadro clinico.

Attualmente in Molise è ben realizzabile un modello organizzativo-assistenziale della rete di emergenza perinatale secondo il modello "Hub and Spoke" con 3 punti nascita, di cui uno è anche Centro di Terapia Intensiva, dotato di Servizio di Trasporto Neonatale con personale "integrato" nel Centro di Terapia Intensiva stesso. Pur con una natalità di circa 1000 parti /anno il Centro "Hub" di Campobasso presenta caratteristiche di II-III livello assistenziale, in particolare per quanto riguarda il n. di neonati di Età gestazionale ≤ 32 settimane di EG e Peso Neonatale ≤ 1500 gr, negli ultimi anni circa uguale o superiore a 25/anno.

Si ravviano tuttavia ancora dei punti di miglioramento in considerazione di:

- Presenza di 2 Punti nascita con n. di parti/anno ≤ 500 /anno

- Assenza di Centri di Chirurgia Specialistica Neonatale quali Cardiochirurgia, Neurochirurgia, Chirurgia Generale, Chirurgia Oculare;
- Necessità di adeguamento delle attrezzature sia da trasporto che di Reparto;
- Carenza di personale medico-infermieristico;
- Necessità di aggiornamento e condivisione di protocolli diagnostico-terapeutici da un lato ed organizzativo-procedurali dall'altro.

Sono individuati i seguenti interventi prioritari:

- Recupero della mobilità passiva verso Regioni confinanti in modo da superare la soglia dei 500 nati/anno per i punti nascita di Termoli e Isernia.
- Addestramento del personale pediatrico-anestesiologico dei Centri di I livello per assistenza anche al neonato critico (stabilizzazione del neonato critico in attesa dello STEN)
- Condivisione di protocolli diagnostico-terapeutici con i Centri di I livello nella gestione delle emergenze neonatali
- Creazione di accordi interregionali per il ricovero fuori Regione per le Chirurgie Specialistiche
- Rimodulazione in 2 livelli di cura dagli attuali 3 (cosa che di fatto sta già avvenendo) come da Accordo Stato-Regioni del 16 Dicembre 2010 sul percorso nascita

Integrazione della rete di Emergenza con il Sistema delle Cure primarie

L'obiettivo è offrire al cittadino un percorso di cura socio-sanitario con facilitazione all'accesso ed all'appropriatezza delle cure, attraverso un sistema che lo guidi verso una presa in carico nei percorsi integrati e non lo indirizzi invece verso la ricerca delle singole prestazioni. La realizzazione di tali percorsi passa attraverso alcuni interventi:

- Identificazione dei percorsi di cura principali che siano trasversali ed integrati tra i livelli di attività sanitaria;
- L'attivazione di una centrale operativa regionale, integrata nel 118, con la presenza di funzioni sociali e sanitaria, che in tempo reale siano in grado di indirizzare e attivare la risposta selettiva al bisogno al cittadino;
- L'introduzione nei percorsi di cura di interventi differenziati che coinvolgono tutti i livelli di attività sociale e sanitaria, comprese le farmacie;
- La diffusione per ogni percorso clinico di uno standard regionale di trattamento come un contratto di cura con il cittadino in cui siano inseriti obiettivi, attività e ruolo dei diversi attori;
- La centrale operativa integrata dovrà essere inclusa negli accordi inter-istituzionali per l'attivazione dei numeri unici.

Riassetto della Rete Territoriale

Riordino dell'assistenza distrettuale mediante la razionalizzazione dei distretti

Il distretto rappresenta l'articolazione territoriale in cui si realizza l'integrazione complessa delle attività sanitarie e sociali ed il coordinamento e raccordo tra l'Ospedale e il Territorio. Il Distretto esercita la

funzione di tutela della salute dei cittadini attraverso il ruolo di garante dell'accesso ottimale alle prestazioni, dell'appropriatezza della risposta nell'offerta di servizi, della qualità ed unitarietà dei percorsi assistenziali.

Il Distretto è il luogo di sinergie tra programmazione, erogazione e valutazione della risposta complessiva di assistenza territoriale (ambulatoriale, domiciliare, residenziale e di integrazione socio-sanitaria) e di garante della funzione di committenza nei confronti dei sistemi di produzione, interni ed esterni, sia pubblici sia privati. Pertanto il Distretto si configura quale articolazione territoriale, organizzativa e funzionale per il governo del territorio esercitando, quale sede delle relazioni tra attività aziendali ed enti locali, la funzione di programmazione necessaria per individuare le diverse aree di bisogno definendo le priorità di obiettivi ed interventi.

Il rafforzamento dei compiti del Distretto, e in particolare lo svolgimento della funzione di governo del sistema territoriale, implica la riconsiderazione delle attuali articolazioni prevedendo l'individuazione di aree territoriali più ampie delle attuali. Si prevede, quindi, un ambito distrettuale che dovrà adeguarsi alla soglia minima degli 80.000 residenti, ai sensi dell'art. 8 della legge 328/2000 e in coerenza con le indicazioni regionali in materia.

Per quanto sopra detto si procederà ad una razionalizzazione dei distretti sanitari portandoli dagli attuali 7 a 3.

Le strutture ed i servizi distrettuali operano garantendo il raccordo funzionale delle diverse attività con modalità integrate in collegamento funzionale ed in collaborazione con i Servizi per la tutela della Salute mentale e riabilitazione infantile e dell'Età evolutiva. Il PUA è il servizio attraverso il quale il cittadino si interfaccia sia con i servizi sanitari sia con quelli sociali, infatti tale luogo e strumento dell'integrazione tra sociale e sanitario è presente negli ambiti territoriali dei Comuni e nei Distretti sanitari.

Attivazione degli ospedali territoriali di comunità a seguito della riconversione dei presidi ospedalieri di Larino e Venafro

Gli stabilimenti ospedalieri di Venafro e Larino saranno oggetto di riconversione da strutture di assistenza ospedaliera in strutture territoriali. Si prevede la costituzione di due strutture territoriali concepite per essere contenitori di più servizi di assistenza territoriale concentrati in un unico edificio. In particolare si prevede di attivare:

- una Casa della Salute (come riportato nell'Azione 11.3.3 - Potenziamento delle cure Primarie e attivazione delle Case della Salute);
- un Ospedale di Comunità, così come descritto dal DM 70/2015;
- un PPI (temporaneo) che sarà poi sostituito da una postazione 118;
- altri servizi territoriali e socio - sanitari.

L'Ospedale territoriale di comunità sarà direttamente governato, organizzato e gestito, dal distretto sanitario di competenza. All'interno di queste strutture non è prevista l'erogazione di prestazioni di assistenza ospedaliera.

L'Ospedale S.S. Rosario di Venafro, concepito per essere un contenitore di più servizi di assistenza territoriale concentrati in un unico edificio, sarà individuato quale Ospedale territoriale di comunità (Presidio Territoriale). Nello specifico la struttura sarà dotata, in termini di posti letto, di:

- 20 unità di riabilitazione extra ospedaliera, di cui 10 per riabilitazione estensiva e 10 per riabilitazione di mantenimento;
- 10 posti letto per la cura dell'Alzheimer;
- 40 posti letto di RSA;
- 15 - 20 posti letto gestiti da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai MMG o dai PLS o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN;
- 1 Punto di Primo Intervento che sarà poi sostituito, così come previsto dal DM 70/2015, da una postazione medicalizzata 118;
- di attività ambulatoriale anche a carattere chirurgico;
- di altri servizi territoriali e socio - sanitari.

L'Ospedale Vietri di Larino, concepito per essere un contenitore di più servizi di assistenza territoriale concentrati in un unico edificio, sarà individuato anch'esso come Presidio Territoriale, con offerta di specialità (attività ambulatoriale dimensionata sulla base epidemiologica locale) e dotato dei servizi di supporto (radiologia, ecc.), oltre che della chirurgia ambulatoriale complessa. Pur essendo prevista la disattivazione anche per questo presidio di tutte le funzioni di assistenza ospedaliera, saranno comunque temporaneamente collocati/mantenuti nella struttura alcuni posti letto di lungodegenza appartenenti allo stabilimento di Termoli, viste le caratteristiche strutturali dell'Ospedale Vietri di Larino già idonee all'erogazione di tali prestazioni. Per tali posti letto ospedalieri, si prevede una loro disattivazione/trasferimento all'ospedale di Termoli entro il 31.12.2017 in modo da poter dedicare l'intero stabilimento di Larino all'assistenza territoriale.

Nello specifico, l'Ospedale Vietri di Larino sarà dotato di:

- 10 posti letto per la riabilitazione extra ospedaliera intensiva;
- 30 posti letto di riabilitazione extra ospedaliera, di cui 15 per riabilitazione estensiva e 15 per riabilitazione di mantenimento;
- 40 posti letto di RSA;
- 10 posti letto per la cura dell'Alzheimer (centro regionale per la cura e la prevenzione dell'Alzheimer);
- 15 - 20 posti letto gestiti da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai MMG o dai PLS o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN;
- 1 Punto di Primo Intervento che sarà poi sostituito, così come previsto dal DM 70/2015, da una postazione medicalizzata 118;
- di attività ambulatoriale anche a carattere chirurgico;
- di altri servizi territoriali e socio – sanitari;
- 16 posti letto hospice (già attivi);
- Camera Iperbarica ambulatoriale.

Potenziamento delle cure Primarie e attivazione delle Case della Salute

La Regione Molise, coerentemente con il potenziamento e la riorganizzazione della rete assistenziale regionale, ha previsto l'istituzione di forme organizzative multi professionali quali le Case della Salute (coerentemente con quanto descritto dal Patto per la Salute 2014-2016). Le funzioni e le caratteristiche delle Case della salute saranno le medesime dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) di cui ai precedenti documenti programmatori regionali (vedi DCA 21/2014). Tali strutture territoriali erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici e delle altre professionalità convenzionate con il SSN.

Le Case della Salute prevedono la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico anche con le strutture ospedaliere. Tali strutture confluiscono nel distretto di competenza.

All'interno delle Case della Salute, in coerenza con quanto previsto dal Patto per la Salute 2014-2016 e nel rispetto delle caratteristiche descritte nel medesimo documento, saranno attivate e sviluppate le seguenti attività:

- Postazione 118 per garantire le attività di primo intervento;
- UCCP/AFT per i medici di medicina generale e i pediatri;
- PUA;
- Sportello CUP;
- Poliambulatorio specialistico;
- Punto prelievo;
- Ambulatorio infermieristico;
- Posti letto bassa intensità (a gestione infermieristica);
- Area materno infantile;
- Area integrazione socio-sanitaria.

Regione Molise intende procedere all'attivazione di 13 Case della Salute derivanti interamente dall'ammodernamento delle attuali strutture dei poliambulatori (non sono quindi previste nuove strutture).

Attivazione e gestione dei PDTA

La complessità e la frammentazione dell'attuale offerta di servizi per il paziente complesso necessita di un intervento di ricomposizione e di un orientamento verso forme di gestione proattiva delle patologie croniche e dei bisogni assistenziali delle persone (medicina e assistenza di iniziativa).

A tal fine la Regione intende definire specifici percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA), integrati tra ospedale e territorio, per le principali patologie cronico degenerative e per le condizioni ad elevato impatto sociale. Nell'ambito di tali percorsi verranno definiti i contributi dei diversi professionisti (medico di medicina generale, medico specialista, infermiere) e per i diversi livelli di gravità e intensità assistenziale dei pazienti presi in carico.

La Regione Molise intende, inoltre, finalizzare l'elaborazione di PDTA per la gestione del paziente cronico e procedere alla loro sperimentazione entro Ottobre 2016, con particolare riferimento allo scompenso cardiaco, diabete, BPCO e gestione della terapia con anticoagulanti orali. Tali percorsi saranno poi condivisi con l'ambito specialistico ospedaliero, ai fini di una gestione integrata del paziente. Per il monitoraggio dei percorsi, sono in fase di elaborazione specifici set di indicatori, sia di processo sia di esito.

A tal fine si propone:

- Elaborazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici sulla base del profilo dei consumi "medi" di cluster omogenei di pazienti per tipologia di prestazione, a partire dall'analisi di variabilità dei trattamenti;
- Definizione di un sistema di monitoraggio dei MMG iperprescrittori che non tenga conto unicamente del consumo degli assistiti per farmaceutica convenzionata, ma anche del ricorso a specialistica ambulatoriale e ospedaliera per valutare eventuali effetti di compensazione (maggiori prescrizioni farmaceutiche a favore della riduzione dell'ospedalizzazione) nonché consumo di altri beni sanitari, in particolare dispositivi medici;
- Progettazione di un sistema di budget per la gestione del paziente cronico ottenuto stimando, a partire dal profilo dei consumi medi per tipologia di paziente, una tariffa omnicomprensiva a copertura dell'assistenza facendo riferimento in modo diretto ai reali costi sostenuti (es: farmaceutica, file F, ambulatoriale e protesica minore).

L'Assistenza domiciliare integrata

L'ADI in Regione Molise risulta essere in linea con gli standard assistenziali previsti dalla normativa vigente.

In base ai dati 2014, nel 2014 sono stati assistiti circa il 4,8% di anziani (pari a circa 3.500).

La Regione Molise, comunque, intende potenziare la percentuale di anziani assistiti, anche in ragione delle caratteristiche sociali della popolazione regionale e del diverso assetto della dotazione di posti letto (residenziali e semiresidenziali) e di raggiungere i successivi ulteriori obiettivi. Nel dettaglio:

- indicare le tempistiche di applicazione della quota di compartecipazione alle prestazioni da parte del comune/utente;
- individuare i percorsi per la continuità territorio ospedale, e viceversa, nella presa in carico dei pazienti non autosufficienti, anziani, minori e disabili;
- riorganizzare l'area della non autosufficienza con un cronoprogramma e di individuare specifici indicatori di risultato.

Nel corso dell'ultimo anno l'ASReM si è impegnata per la ricomposizione dell'offerta di prestazioni domiciliari attraverso una serie di azioni volte a realizzare un'organizzazione che si ponesse quale "sistema" intorno alla persona avvalendosi dei servizi sanitari distrettuali e con la collaborazione delle strutture ospedaliere.

Uno dei prioritari interventi posti in atto dalla ASReM è stato quello di disciplinare il settore delle cure domiciliari al fine di uniformare le regole e, soprattutto, le modalità di valutazione e presa in carico dei pazienti.

Grazie a questi provvedimenti, ASReM ha potuto definire un sistema di classificazione per le Cure domiciliari finalizzato alla regolamentazione provvisoria delle cure domiciliari esternalizzate, coerente con quanto sancito dal documento del 2006 della Commissione LEA *"Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio"* che ha compiutamente definito le cure domiciliari e le sue caratteristiche, distinguendo le prestazioni in esse rientranti in:

- cure domiciliari di tipo prestazionale occasionale o ciclico programmato;
- cure domiciliari integrate di primo, secondo e terzo livello (bassa, media ed elevata intensità);
- cure domiciliari palliative a malati terminali.

Al fine di dare particolare impulso alle attività territoriali e domiciliari, in coerenza con il nuovo assetto delle reti assistenziali, ASReM, coerentemente a quanto stabilito dalle disposizioni regionali, sta già predisponendo ulteriori azioni. In particolare, si prevede di:

- potenziare le dimissioni protette le cui linee guida sono state approvate con provvedimento del Direttore Generale n. 12/2012, attraverso un collegamento tra l'ospedale e l'équipe territoriale;
- creare un sistema di radiologia portatile domiciliare in favore di persone anziane, disabili o le cui condizioni non permettano il trasporto in una struttura sanitaria;
- acquistare apparecchiature portatili di diagnostica ed analizzatori portatili;
- avviare un sistema sperimentale di telemedicina per il monitoraggio dei pazienti in assistenza domiciliare affetti da scompenso cardiaco ed insufficienza respiratoria;
- definire e implementare PDTA territoriali per il diabete, scompenso e bpco (vedi azione 11.3.5);
- introdurre un sistema informatizzato per la rilevazione delle prestazioni domiciliari erogate dai medici specialisti, dagli infermieri e dai terapisti della riabilitazione;
- sviluppare una app per la rilevazione informatizzata delle prestazioni domiciliari rese dai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

La rete dei laboratori

La Regione Molise, nel più generale contesto del Piano di Rientro e per quanto concerne la corretta definizione del "Piano di riorganizzazione delle strutture di diagnostica di laboratorio pubbliche e private", ha inteso dare concreta attuazione a quanto previsto dalla Legge Finanziaria 2007 con la finalità ultima, mediante l'utilizzo di processi standardizzati, di ottenere significativi miglioramenti nei livelli di qualità delle prestazioni erogate e nel contenimento della spesa complessiva sostenuta.

Ai fini della determinazione puntuale dei risultati attesi per la riorganizzazione della rete laboratoristica dei privati e del service di laboratorio occorre tener conto della normativa nazionale di riferimento, tra cui l'accordo Stato Regioni del 23.03.2011 e non si può prescindere dalla organizzazione e della produzione della rete dei laboratori presente ad oggi sul territorio molisano.

L'attuale organizzazione della Medicina di Laboratorio è strutturata sul funzionamento di n° 7 laboratori pubblici, aventi sede nei 7 distretti territoriali operanti nella Regione Molise, e n° 15 laboratori privati, provvisoriamente accreditati e contrattualizzati, tra cui un laboratorio analisi presso l'IRCCS "Neuromed", specializzato in neuroscienze, ed un laboratorio analisi operante presso il Centro di Alta Specializzazione dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, afferente ai dipartimenti di Cardiocirurgia ed Oncologia.

A seguito del riordino della rete ospedaliera, frutto di un'analisi del fabbisogno assistenziale regionale, si rende necessaria una contestuale riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici e privati sulla base di un modello Hub & Spoke. Si prevede, inoltre, di regolamentare il service di laboratorio al fine di adeguarsi alla normativa vigente in materia.

La riorganizzazione della rete dei laboratori prevede la presenza di un laboratorio Hub e la disattivazione di due laboratori specialistici. La nuova configurazione prevede:

- 1 laboratorio ad elevata complessità (Hub) presso il Presidio Ospedaliero Cardarelli – Fondazione Giovanni Paolo II di Campobasso (a seguito dell'integrazione tra le due strutture);
- 2 laboratori specialistici (Spoke) presso i Presidi Ospedalieri Veneziale di Isernia e San Timoteo di Termoli;
- Laboratorio di base presso il Presidio Ospedaliero Caracciolo di Agnone.

Il laboratorio di Riferimento regionale (Hub) sarà dotato di un sistema informativo integrato in grado di rendere possibile la condivisione delle richieste e dei risultati nonché la diffusione on-line ospedaliera e territoriale delle risposte (referti), con sede presso il Presidio Ospedaliero "A. Cardarelli" – Fondazione Giovanni Paolo II (a seguito dell'integrazione) di Campobasso, cui fanno capo tutte le altre Strutture Specialistiche Regionali.

I laboratori Specialistici (Spoke) con sede presso l'Ospedale "F. Veneziale" di Isernia e presso l'Ospedale "S. Timoteo" di Termoli erogheranno prestazioni di:

- Chimica clinica;
- Ematologia, coagulazione;
- Immunologia (virale, ormonale, oncologica);
- Immunofluorescenza;
- Microbiologia;
- Immunoematologia (limitatamente alle popolazioni e sottopopolazioni linfocitarie);

■ Laboratorio d'Urgenza H24 (Medici 8-20, Tecnici 8-20 e 20-8) per un pannello definito e condiviso di esami correlati alla specificità e complessità delle prestazioni erogate dalle Strutture Ospedaliere nelle quali operano.

Il laboratorio di base, con sede presso l'Ospedale S. Francesco Caracciolo di Agnone, si raccorderà con il Laboratorio Specialistico di Isernia per garantire livelli e disponibilità di servizio adeguati alle attività cliniche svolte.

A seguito dell'analisi della domanda, si prevede anche una riorganizzazione della rete laboratoristica privata e il conseguente superamento della frammentazione relativa all'attività prodotta, al fine di migliorare la qualità delle prestazioni erogate. Si provvederà, contestualmente, ad un riassetto organizzativo della rete laboratoristica privata, così come previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 23.03.2011. A seguito dell'adozione del DCA sulla rete dei laboratori, le strutture private accreditate che avranno necessità di utilizzare i servizi di laboratorio dovranno usufruire esclusivamente del servizio presso il laboratorio del Presidio Ospedaliero "A. Cardarelli" di Campobasso.

Riassetto della Rete socio-sanitaria

Le non autosufficienze e le disabilità

Il fabbisogno di posti letto di Regione Molise in Residenze Sanitarie Assistenziali è stato definito attraverso i seguenti standard di riferimento:

■ 1,5 p.l. x 1.000 abitanti per anziani non autosufficienti (circa 470 posti letto, pari ad una copertura di circa 3,2% della popolazione >65 anni);

■ 0,14 p.l. x 1.000 abitanti per disabili (45 posti letto);

■ 0,15 p.l. x 1.000 abitanti per riabilitazione residenziale (44 posti letto).

Nella programmazione dei posti letto da attivare si è tenuto conto oltre che degli standard di riferimento anche delle caratteristiche sociali ed economiche dei cittadini molisani. Non si è potuto non considerare, inoltre, il processo di riconversione e razionalizzazione dei presidi ospedalieri che renderanno disponibili risorse e spazi. In tal senso si prevede di privilegiare l'attivazione di nuovi posti letto di RSA nelle strutture pubbliche riconvertite o oggetto di riconversione.

L'ammissione in tutte le strutture residenziali è di competenza esclusiva della UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale) presente nel Distretto che si avvale di strumenti di valutazione multidimensionale scientificamente validati che devono consentire l'individuazione di un indice sintetico di misurazione del case-mix assistenziale e della disabilità. Mediante valutazioni periodiche, si qualifica nel tempo la prestazione e verifica l'esatta corrispondenza tra gli specifici bisogni e l'assistenza erogata. Gli strumenti di valutazione multidimensionali già utilizzati in Regione Molise dalle UVM distrettuali sono la SVAMA e la SVAM.di sia nell'ambito dell'assistenza residenziale sia in quella semiresidenziale.

La non autosufficienza

L'area della non autosufficienza allo stato attuale è caratterizzata dalla presenza di una dotazione di posti letto pari a 222 unità.

Il fabbisogno complessivo per questa area assistenziale, in base agli standard nazionali di riferimento, è stato stimato pari a 924 posti letto, come riportato nella tabella successiva:

Posti letto residenziali - area della non autosufficienza				
RSA per anziani non autosufficienti				
Distretto	Popolazione residente (al 01.01.2015)	attive	posti letto/unità	Fabbisogno stimato (L. 34/1996) 1,5 x 1.000 ab.
Campobasso	126.242	0		189
Isernia	87.292	1	20	131
Termoli	101.191	1	20	152
Totale RSA per anziani	314.725	2	40	472
Centri diurni per anziani non autosufficienti				
Venafro	126.242			15
Agnone	87.292			15
Larino	101.191			15
Totale centri diurni	314.725	0	0	45
RSA per riabilitazione residenziale (Alzheimer)				
Campobasso	126.242			19
Isernia	87.292			13
Termoli	101.191			15
Totale RSA Alzheimer	314.725	0	0	47
Centri diurni per riabilitazione (Alzheimer)				
Campobasso	126.242	1	15	15
Isernia	87.292			15
Termoli	101.191			15
Totale centri diurni	314.725	1	15	45
Residenze protette				
Campobasso	126.242			126
Isernia	87.292			87
Termoli	101.191			101
Totale Residenze Protette	314.725	4	167	314
TOTALE		7	222	924

A fronte del fabbisogno di posti letto stimati Regione Molise, nella programmazione dei posti letto da attivare, ha tenuto comunque conto, oltre che degli standard di riferimento, anche delle caratteristiche sociali

ed economiche dei cittadini molisani. Non si è potuto non considerare, inoltre, che il processo di riconversione e razionalizzazione dei presidi ospedalieri renderanno disponibili risorse e spazi. In tal senso si prevede di privilegiare l'attivazione di nuovi posti letto di RSA nelle strutture pubbliche riconvertite o oggetto di riconversione.

In quest'ottica si prevede l'attivazione di complessivi 300 posti letto e 65 posti per i centri diurni

Dotazione futura di posti letto residenziali - area della non autosufficienza

RSA per anziani non autosufficienti							
Struttura	Tipologia	PL attivi	PL da attivare	Totale	Alta intensità (R1)	Media Intensità (R2)	Bassa Intensità (R3)
Osp. Di comunità - Larino	P.O riconvertito	20	20	40		40	
Osp. Di comunità - Venafro	P.O riconvertito	0	40	40		40	
Osp. Zona disagiata - Agnone	P.O riconvertito	0	40	40		40	
Casa della Salute - Trivento	Casa Salute	0	40	40			40
RSA Colletorto	RSA pubblica	0	60	60			60
GEA Medica	CdC privata	0	20	20	20		
Castel del Giudice	RSA privata	20	0	20		20	
CARSIC	Strut. Privata	0	20	20			20
Fisiomedica Loretana	Strut. Privata	0	20	20			20
totale		40	260	300	20	140	140
Centri diurni per anziani non autosufficienti							
Struttura	Tipologia	Prese carico in	PL da attivare	Totale	Alta intensità	Media Intensità	Bassa Intensità
Osp. Di comunità - Larino	P.O riconvertito		15	15			15
Osp. Di comunità - Venafro	P.O riconvertito		15	15			15
Osp. Zona disagiata - Agnone	P.O riconvertito		15	15			15
Totale centri diurni		0	45	45	0	0	45
RSD per riabilitazione residenziale (Alzheimer)							
Struttura	Tipologia	Prese carico in	PL da attivare	Totale	Alta intensità	Media Intensità	Bassa Intensità
GEA Medica	Strut. Privata		10	10	10		
Osp. Di comunità - Larino	P.O riconvertito		10	10	10		
Osp. Di comunità - Venafro	P.O riconvertito		10	10	10		
Casa della Salute - Riccia	Casa Salute		10	10	10		
Totale		0	40	40	40	0	0
Centri diurni per riabilitazione (Alzheimer)							

Struttura	Tipologia	Prese in carico	PL da attivare	Totale	Alta intensità	Media Intensità	Bassa Intensità
Centro diurno Campobasso	Ambulatorio	15	0	15			15
Casa della Salute - Isernia	Casa Salute	0	10	10			10
Casa della Salute - Termoli	Casa Salute	0	10	10			10
Totale		15	20	35	0	0	35
Residenze Protette*							
Struttura	Tipologia	PL Attivi	PL da attivare	Totale	Alta intensità	Media Intensità	Bassa Intensità
Totale		0	N.D.	N.D.			
TOTALE POSTI LETTO DA ATTIVARE		40	365	405	60	140	205

La disabilità

La dotazione attuale di posti letto residenziali nell'area della disabilità è pari a 193 unità, tutte afferenti la riabilitazione ex art. 26. In base agli standard di posti letto residenziali e unità semiresidenziali si evidenzia un fabbisogno complessivo pari a 280 posti letto/unità. Nel confronto rispetto all'attuale offerta si rende, quindi, necessario diminuire i posti letto dedicati alla riabilitazione ex art. 26 e potenziare/attivare l'assistenza in RSA per disabili.

Dotazione futura di posti letto residenziali - area della disabilità							
RS per disabili - offerta posti letto situazione futura							
Struttura	Tipologia	PL attivi	PL da attivare	Totale	Intensiva	Estensiva	Di Mantenimento
CARSIC	Strut. Privata	0	20	20	0	10	10
Fisiomedica Loretana	Strut. Privata	0	25	25	0	15	10
Totale		0	45	45	0	25	20
Struttura	Tipologia	PL attivi	PL da attivare	Totale	Intensiva	Estensiva	Di Mantenimento
Fisiomedica Loretana	Strut. Privata	73	0	73			
CARSIC	Strut. Privata	120	0	120	10	10	10
Centro Pavone Neuromed*	Strut. Privata	0	40	40	10	15	15
Osp. Di comunità - Larino	P.O riconvertito	0	40	40	10	15	15
Osp. Di comunità - Venafrò	P.O riconvertito	0	20	20	0	10	10
Totale		193	100	293	30	50	50
Centri diurni di riabilitazione ex art.26 a regime semiresidenziale e ambulatoriale							
Struttura	Tipologia	PL attivi	PL da attivare	Totale	Intensiva	Estensiva	Di Mantenimento
L'incontro - Campobasso	Strut. Privata	24		24		10	14

Riabilis - Isernia	Strut. Privata	22		22		10	12
S. Francesco D'Assisi - Termoli	Strut. Privata	21		21		10	11
Totale Centri diurni per disabili		67	0	67	0	30	37
TOTALE POSTI LETTO DA ATTIVARE		260	145	338	30	75	70

A tale proposito Regione Molise intende procedere ad una consistente revisione dell'attuale offerta per la disabilità e, al tempo stesso, riorganizzare il livello di intensità di cure, prevedendo all'interno delle strutture la presenza dei 3 diversi nuclei di trattamento (intensiva, estensiva e di mantenimento).

Hospice, terapia del dolore, rete delle cure palliative

Nella Regione Molise è presente una struttura Hospice pubblica, il Centro Residenziale di Cure Palliative attivo dal 2005, con sede a Larino e gestito da personale dell'ASReM. La struttura ha attualmente 16 posti letto attivi che corrispondono a circa 0,5 p.l. ogni 10.000 abitanti.

Con il DCA n.21 del 31 marzo 2015 sono state, inoltre, approvate le Linee guida per lo sviluppo della rete delle cure palliative nella regione Molise che, nell'istituire formalmente la rete delle cure palliative, individua i diversi setting assistenziali del servizio di cure:

- Assistenza ospedaliera;
- Assistenza residenziale in Hospice;
- Assistenza in strutture residenziali;
- Assistenza domiciliare.

Infine, nonostante l'attuale dotazione di posti letto attivi sia in linea con il fabbisogno regionale, si è già valutata l'opportunità di attivare posti letto Hospice dedicati all'ambito pediatrico come integrazione dei reparti ospedalieri. Infatti, in relazione alle Cure palliative pediatriche, in ragione dell'esigua epidemiologia, il numero dei posti letto dedicato da attivare presso la UOC di Pediatria dell'Ospedale "A. Cardarelli" di Campobasso è determinata in n. 2 unità.

La Salute mentale

La rete dei servizi per la tutela della salute mentale è definita dalla Legge regionale 6.11.2002 n. 30, "*Tutela della salute mentale*" che istituisce i servizi territoriali ed ospedalieri che li compongono e individua nei Centri di Salute Mentale di Campobasso, Isernia e Termoli il "*fulcro dell'assistenza psichiatrica*" e "*la sede dell'equipe di psichiatria*".

Recentemente è stato emanato un atto normativo e di programmazione: il DCA 68/2015 "Linee per la riorganizzazione del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche".

L'attuale organizzazione prevede il **Dipartimento regionale di Salute Mentale**, organismo operativo e gestionale che garantisce l'unitarietà e l'integrazione delle attività finalizzate alla promozione e alla tutela della salute mentale coordinando tutte le strutture organizzative che perseguono tali comuni finalità con

verifica puntuale del funzionamento delle stesse e con pianificazione di tutti gli atti mirati a sostenere l'interdipendenza delle strutture e delle funzioni erogate come previste dalle normative in termini di LEA.

IL DSM Regionale "governa" le seguenti strutture:

- 1) **Centri di Salute mentale, UOOCC**, di Campobasso, Isernia e Termoli. Ogni CSM è sede operativa dell'equipe e fulcro di tutta l'attività assistenziale psichiatrica compresa l'attività di diagnosi e cura ospedaliera, residenziale e semiresidenziale di competenza territoriale. Oltre a fornire tutte le prestazioni LEA (es. visite psichiatriche, colloqui, psicoterapie, ecc.) sono prioritari l'Intervento Precoce, i Progetti Terapeutico-Riabilitativi personalizzati, i percorsi assistenziali con i servizi di confine (adolescenza, dipendenze) con Enti e Istituzioni, Associazioni e cooperative.
- 2) **Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), sono UOOSS**, a Campobasso, Ospedale Cardarelli, uno a Isernia, Ospedale Veneziale e uno a Termoli, Ospedale San Timoteo, per ricoveri ordinari e in day hospital come previsto dalle normative. Sulla base del recente Atto Aziendale gli SSPDDCC di Campobasso e Isernia sono dotati di 5 posti letto per ricoveri ordinari e di un posto letto di Day-hospital ciascuno, mentre lo SPDC di Termoli di 6 posti letto ordinari e uno di DH.

Al Dipartimento afferiscono anche strutture residenziali e semiresidenziali accreditate gestite tutte da cooperative sociali o consorzi cooperativistici. Sono le seguenti:

- a) 3 Centri Diurni, servizi semiresidenziali, di cui uno ubicato a Campobasso ed uno a Termoli ciascuno per 15 pazienti, un altro invece ad Isernia per 20 pazienti. Le prestazioni sono quelle terapeutiche-riabilitative come previste dal Progetto Obiettivo 1998-2000 e dal documento strategico della Tutela della Salute Mentale del Ministero e dal Regolamento Attuativo Regionale n. 1/2004
- b) 13 Strutture Residenziali allo stato tutte ad Alta Intensità Assistenziale tutte con 10 posti residenziali tranne la struttura di Gambatesa accreditata anche per ulteriori 4 posti solo per pazienti extra-regionali. Oltre ai 10 posti residenziali per ciascuna struttura sono previsti anche 3 posti di semi-residenzialità. Le 13 strutture sono ubicate 1 nella zona di Termoli, 6 in quella di Campobasso e 6 in quella di Isernia

Al Dipartimento sono assegnati in regime di convenzione con la regione Abruzzo anche 4 posti per l'assistenza di soggetti giudicati incapaci di intendere e di volere e/o socialmente pericolosi sottoposti a misure di sicurezza, **nella REMS** ubicata a Barete, Regione Abruzzo.

Ad ogni Centro di Salute Mentale sono inoltre assegnate:

- a) le funzioni assistenziali dei detenuti nelle Case Circondariali di Campobasso, Larino e Isernia;
- b) le funzioni di programmazione, monitoraggio, valutazione dei percorsi terapeutico riabilitativi dei soggetti inseriti in percorsi di inclusione socio-lavorativa.

L'obiettivo della Regione Molise è attuare le normative regionali che definiscono i requisiti di qualità per l'accreditamento delle strutture e delle relative tariffe (Linee guida di cui alla DGR 16.10.2006, n. 1722 e all'accordo Stato-Regioni del 25.03.2013 sulle strutture residenziali per psichiatrici).

Si prevede, pertanto, una riconversione e diversificazione delle attuali Strutture residenziali, per rispondere in maniera più appropriata ai bisogni assistenziali dei pazienti. Al fine di adeguare le definizioni ad un criterio comune che consenta, fra l'altro, di rispondere alla rilevazione del Sistema Informativo Salute

Mentale, si intende procedere alla denominazione delle strutture residenziali psichiatriche sulla base della tipologia di prestazioni erogate, così come definite dal documento del Ministero della Salute "Prestazioni residenziali e semiresidenziali" (Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza).

Il processo di riconversione prevede una diversa articolazione per intensità assistenziale e tipologia di pazienti; in qualche caso, la destinazione ad altro settore assistenziale.

Le ulteriori azioni previste per il prossimo triennio sono:

■ **Potenziare l'attività semiresidenziale**

– L'obiettivo nel triennio è di potenziare e valorizzare gli interventi terapeutico riabilitativi in regime semiresidenziale tramite i 3 Centri Diurni di Campobasso, Termoli e Isernia, assegnando ad ogni Centro di Salute Mentale una ricettività di 15 utenti per ogni Centro Diurno.

■ **Promuovere l'inserimento socio-lavorativo**

– Istituzione del DSM regionale unico, con Unità operative complesse e semplici;

– Attuazione del Regolamento applicativo della legge regionale n.30/2002, relativamente a compiti e funzioni dei Centri di Salute Mentale (CSM).

È parte integrante della seguente proposta:

■ La realizzazione, sulla base di quanto previsto dall'Atto di Accordo di Conferenza Stato-Regione, di 1 Struttura per disabili intellettivi attraverso la riconversione di una CRP di Campobasso che, in base al DPCM, dovrà essere gestita dal distretto, e di 1 Struttura per soggetti con dipendenza soprattutto alcolica e/o doppia diagnosi su Isernia, sempre su base del distretto. Resta altresì, sulla base dello stesso principio, da programmare un Centro per la cura dei disturbi alimentari ed una struttura per le problematiche neuropsichiatriche in adolescenza (che sarà inserito nel decreto di riordino del dipartimento di Salute Mentale);

■ La rideterminazione dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici per la diversificata tipologia delle strutture (che sarà inserito nel decreto di riordino del dipartimento di Salute Mentale);

■ La realizzazione, sulla base degli stessi principi, di un Centro per la cura dei disturbi alimentari attraverso la riconversione di una CRP di Isernia ed un Centro per le problematiche neuropsichiatriche in adolescenza da attivare ex-novo presso Campobasso e Termoli.

Dipendenze patologiche

Negli ultimi anni in Molise il fenomeno della diffusione e consumo di sostanze psicotrope e di alcol ha assunto progressivamente caratteristiche di crescente complessità per far fronte alla quale anche le agenzie educative (famiglia e scuola) spesso si sentono impreparate. L'uso e la dipendenza da droghe e da alcol riguardano un numero sempre crescente di giovanissimi che sottovalutano la pericolosità ed i danni diretti ed indiretti causati da queste sostanze. Altro fattore di criticità è rappresentato, oltre che dall'abuso di

farmaci, anche e soprattutto dal consumo di tabacco che costituisce il più importante fattore di rischio per la salute.

Oltre alle vecchie dipendenze emergono nuove e sempre più numerose dipendenze comportamentali quali il gambling patologico, l'uso eccessivo di videogiochi ed Internet, lo shopping compulsivo alle quali i Servizi, fortemente carenti in termini di risorse umane, non riescono a far fronte.

Nell'anno 2013 gli utenti in trattamento per problematica di dipendenza sono stati circa 1.700 seguiti dalle 6 sedi operative dei Servizi per le tossicodipendenze regionali.

Il 73% è rappresentato da tossicodipendenti, il 26% da alcol dipendenti e circa l'1% è affetto da gambling. Gli utenti in trattamento sono stati prevalentemente di sesso maschile (circa l'86%). Relativamente all'età la percentuale maggiore aveva un'età compresa tra 30 e 34 anni (25% circa) seguita da coloro con età compresa tra 25 e 29 anni (circa il 22%). In particolare, la maggior parte dell'utenza femminile (35%) aveva un'età inferiore a 35 anni contro il 24% di quella maschile.

Sul territorio regionale è già attiva una "rete di servizi" sia pubblici sia del terzo settore rivolta ad assicurare le risposte ai complessi bisogni di salute nel settore. La rete risulta così costituita:

- Servizi Tossicodipendenze (SerT): n. 5 SerT presso Agnone, Campobasso, Isernia-Venafro, Larino e Termoli. I Servizi di Campobasso, Isernia e Larino garantiscono le prestazioni anche ai detenuti nei tre Istituti Penitenziari regionali;

- Comunità terapeutiche residenziali: n. 3 Comunità Pedagogico-riabilitative accreditate istituzionalmente per un totale di n. 53 posti letto ed una accreditata provvisoriamente in fase di ristrutturazione per n. 16 posti letto da accreditare istituzionalmente entro il 31 marzo 2017;

- Gruppi di auto mutuo aiuto nell'ambito delle patologie alcol correlate (Club Alcolisti in Trattamento - C.A.T., Alcolisti Anonimi, ecc.).

Va rilevato che le linee guida sull'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture socio- sanitarie prevedono un'offerta diversificata e specialistica in grado di fronteggiare bisogni complessi, anche se attualmente le strutture residenziali che operano sono tutte del tipo pedagogico-riabilitativo.

Obiettivo individuato dalla presente programmazione, al fine di garantire esauriente risposta ai bisogni espressi, è quello di trasformare almeno una delle tre Comunità terapeutiche oggi operanti da pedagogico-riabilitativo a terapeutico-riabilitativo.

La prevenzione

Con Decreto del Commissario ad Acta 22 aprile 2015, n. 24, la Regione Molise ha recepito l'Intesa 13 novembre 2014 e ha approvato le linee programmatiche per la redazione del proprio Piano Regionale della Prevenzione (PRP) ai fini dell'attuazione del PNP. Regione intende dare piena attuazione a quanto previsto nel Piano regionale della prevenzione 2014-2018 (come da DCA 50/2015 prot_SiVeAS 2015_74_A) secondo il cronoprogramma in esso definito. Il PNP 2014-2018 prevede la possibilità, nel 2017, di una rimodulazione in considerazione dell'avanzamento verso gli obiettivi concordati e i relativi risultati attesi

nonché dell'eventuale mutamento del contesto nazionale e/o regionale, fermo restando il "Quadro Logico Centrale" (QLC).

Regione Molise, attraverso il servizio prevenzione veterinaria e sicurezza alimentare, mantiene strettissimi rapporti di collaborazione con l'IZS che fornisce un supporto tecnico quando richiesto. Tutte le attività relative ai piani di controllo sia in sanità animale sia per la sicurezza alimentare (piano residui, piano alimentazione animale, OGM, Fitosanitari, controllo acque per molluschicoltura etc.) sono state storicamente programmate in sinergia con l'IZS. Attualmente è stato istituito un gruppo di lavoro, costituito da funzionari dell'ASReM, della Regione e dell'IZS (che ne coordina l'attività), al fine di predisporre il piano regionale della prevenzione per la parte riferita alla sicurezza alimentare, alla sanità animale e alla prevenzione del randagismo. Il supporto dell'IZS sarà fondamentale per l'attuazione del macro-obiettivo 10 dell'emanando PRP 2014-2018 al cui cronoprogramma si fa riferimento.

Regione Molise ha previsto azioni mirate all'incremento della copertura vaccinale e per l'adesione consapevole nella popolazione in generale e in specifici gruppi a rischio. In particolare, si prevedono periodiche campagne di comunicazione e informazione sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione e, con l'assegnazione di un uno specifico obiettivo nella revisione dell'ACR 2007, il coinvolgimento attivo dei MMG/PLS sia con interventi personalizzati rivolti alle persone più vulnerabili sia nella sensibilizzazione delle fasce di popolazione a rischio.

In Regione Molise è attivo un programma unico di screening oncologico per le tre patologie per le quali vi sono evidenze scientifiche di efficacia in termini di riduzione della mortalità causa-specifica. Dal 2003 sono attivi i programmi per il carcinoma della mammella e della cervice uterina e dal 2007 è attivo anche lo screening per la neoplasia del colon-retto. Nel complesso gli indicatori mostrano che i programmi di screening regionali hanno raggiunto e mantenuto buoni standard di qualità, in particolare per quanto attiene i primi livelli, nonostante la carenza di campagne di comunicazione mirate, il basso coinvolgimento dei MMG, l'aggiornamento non tempestivo dell'anagrafica che presenta circa il 25% di "alias". I livelli successivi, inoltre, soffrono del ritardo nell'implementazione del software gestionale a regime solo dal 2015.

Il sistema informativo Socio-Sanitario

Per avere una prima indicazione del grado di efficienza del sistema sanitario italiano, un indicatore molto importante è rappresentato dal livello della spesa informatica globale annua in questo settore. Infatti, un valore elevato degli investimenti in questa tecnologia lascia intendere un elevato grado di automazione dei processi di gestione e di erogazione dei servizi, ed è, quindi, un indicatore iniziale del grado di efficienza del sistema sanitario nel suo complesso. Inoltre, le tecnologie informatiche sono ormai essenziali anche in campo clinico, per migliorare la diagnosi e rendere più efficaci le cure, grazie ad apparecchiature con una forte componente informatica.

Le attività da realizzare utilizzeranno il complesso delle risorse tecnologiche e delle opportunità d'investimento di cui la Regione è destinataria, in modo da conseguire economie finanziarie e tempi di esecuzione contenuti. Inoltre è previsto il "riuso" di tutte le infrastrutture tecnologiche esistenti e gestite dalla Amministrazione regionale, in un ottica di ottimizzazione degli investimenti. Secondo una logica di lavoro collaborativa e cooperativa, sono coinvolti:

la Direzione Generale della Salute della Regione Molise

Il Dipartimento Salute e Servizi Sociali della Regione Molise

La ASReM (Azienda Sanitaria Regione Molise)

Lo scopo legato all'incremento delle tecnologie sanitarie consiste nel definire un intervento di riorganizzazione e adeguamento della piattaforma tecnologica e del modello dei servizi informatici del sistema sanitario regionale, con l'obiettivo di governare i processi interni, disporre di un quadro conoscitivo sempre aggiornato sull'impiego delle risorse, e offrire ai cittadini l'accesso on-line ai servizi sanitari consolidando l'esigenza di adottare un modello di "sanità digitale".

In Italia è in corso di sviluppo e realizzazione, già da qualche anno, una strategia di ammodernamento tecnologico che prevede la realizzazione di un Sistema Informativo Nazionale, quale strumento essenziale per misurare il bilanciamento tra qualità e efficienza nell'erogazione dei servizi sanitari su tutto il territorio nazionale. A tali fini, l'intero territorio nazionale deve essere in grado di disporre di sistemi informativi gestionali, integrati tra loro, con cui supportare i processi di cura e con cui generare i Livelli Essenziali di Informazione (LEI) su cui basare le misure di cui sopra, secondo un linguaggio comune.

Tale strategia è articolata sui seguenti tre livelli:

1. Nuovo Sistema Informativo Sanitario: costituisce il nucleo centrale di un sistema informativo cooperativo, federato e paritetico, partecipato da tutti gli attori della sanità. Tale sistema, avviato nel 2002, è lo strumento attraverso il quale misurare il bilanciamento tra qualità e efficienza dell'assistenza sanitaria su tutto il territorio nazionale.
2. Mattoni SSN: rappresentano elementi di linguaggio comune che consentono il dialogo semantico tra i sistemi informativi eterogenei in uso a livello Locale, Regionale, Nazionale. Questa progettualità è già stata avviata nel 2003 ed è in corso di realizzazione.
3. Livello Locale: costituisce lo strato abilitante alla piena realizzazione nazionale. Lo sviluppo del livello locale è finalizzato a supportare la progressiva realizzazione di una rete integrata dei servizi sanitari (in prima istanza) e anche sociali (in seconda istanza) sul territorio, migliorando la qualità dell'assistenza e rendendo contemporaneamente misurabile il bilanciamento tra qualità ed efficienza dei servizi erogati. I sistemi gestionali dei diversi poli devono quindi essere in grado di:
 - Integrarsi tra loro a supporto dei processi di cura attraverso sistemi gestionali di integrazione (e.g. sistemi di raccolta degli episodi di cura con gestione di informazioni di sintesi – epicrisi)
 - Generare i Livelli Essenziali di Informazione con i quali alimentare il NSIS.

Allo stato attuale sono già in corso di attuazione interventi orientati ai primi due livelli. È obiettivo del presente piano avviare interventi relativi al 3° livello (Livello Locale), in quanto abilitante e propedeutico ai primi due livelli e fondamentale alla completa attuazione del Piano nazionale.

La società dell'informazione sta producendo due risultati di grande impatto sulla vita dei cittadini e sul funzionamento dei sistemi pubblici. Da un lato sviluppa una "connettività sociale diffusa", d'altro determina nei sistemi pubblici tutti i presupposti per una maggiore integrazione e "coesione".

Quest'opportunità deve essere colta anche dal sistema sanitario regionale, e occorre creare uno strumento (il piano di azione) che faccia confluire le varie azioni in una strategia unica, per produrre risultati tangibili al suo termine.

Il piano di azione deve essere fortemente coordinato con il piano di informatizzazione triennale, in quanto esiste:

1. la possibilità di raggiungere forti economie di scala, riusando le soluzioni poste in essere dai progetti regionali di e-government e dalle iniziative più generali sulle infrastrutture;
2. la necessità di integrare i servizi on-line nei confronti dei cittadini e delle imprese (front-office unico) a fronte di più soggetti che li erogano (Comuni, ASL, Province, Regione, ecc..).

L'impiego dell'ICT deve condurre a una riduzione della spesa sanitaria, in quanto consente di fornire servizi sanitari a distanza e di evitare l'inutile ripetizione di esami. Ogni cittadino potrà usufruire di servizi sanitari on-line, quali informazioni sui servizi erogati, sui propri dati sanitari memorizzati su fascicoli elettronici. Inoltre ogni cittadino potrà accedere al servizio sanitario attraverso internet, e direttamente, o con l'ausilio del medico di medicina generale o il farmacista, richiedere la prenotazione delle prestazioni sanitarie, conoscere la situazione delle liste di attesa, ricevere per via telematica i referti una volta effettuate le prestazioni sanitarie. Ogni cittadino dovrà avere le stesse opportunità di accesso ai servizi sanitari on-line, indipendentemente dalla sua condizione sociale, economica, dal suo livello d'istruzione, dal sesso e dalla cittadinanza.

È compito del sistema sanitario regionale organizzare un accesso multicanale ai servizi on-line (internet, sportelli, call center).

Dovrà essere realizzato, progressivamente, un sistema che consolidi l'informazione sanitaria individuale su base regionale, in modo da consentire la continuità assistenziale. Dovrà essere consolidata e mantenuta la rete regionale di informazione sanitaria, che connette, attraverso la rete regionale, tra loro le varie strutture sanitarie (ospedali, poliambulatori, distretti, strutture di prevenzione..) oltre che le farmacie, tutti i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, e che consentirà la condivisione di tutte le banche dati di interesse sanitario, l'interazione tra le diverse strutture per il teleconsulto, lo scambio di documenti in formato elettronico.

Dovrà essere consolidato ed alimentato un "magazzino della conoscenza" del sistema sanitario regionale, quale nodo di consolidamento di tutti i flussi informativi del sistema, che dovrà fungere da supporto primario per il sistema decisionale della salute. Esso dovrà integrarsi con gli altri spazi semantici del sistema informativo regionale.

Il piano di azione attribuisce la massima priorità alle azioni che consentono:

una migliore gestione delle risorse per il funzionamento del sistema sanitario regionale (coerenza tra il quadro organizzativo e le risorse disponibili)

un appropriato accesso alle prestazioni da parte dei cittadini e la diminuzione dei tempi di attesa (garanzia di fruibilità dei livelli essenziali di assistenza). Tutti gli interventi inclusi presuppongono comunque

che siano realizzati contestualmente alcune azioni e progetti che hanno lo scopo di adeguare il sistema di infrastrutture ICT, propedeutico a tutti i restanti progetti.

A queste priorità dovranno conformarsi tutte le varie azioni che sono rivolte al disegno e rappresentazione formale del modello organizzativo di riferimento, e che costituiscono un presupposto essenziale per l'automazione del sistema informativo. Il piano di azione prevede alcuni altri interventi che presentano un livello di priorità più basso, e generalmente si riferiscono a due tipologie di situazioni:

- interventi in corso di completamento, e di interesse del servizio sanitario regionale
- interventi avviati, che consentono un riutilizzo ed una integrazione dei sistemi già impiegati in ambito regionale comprese le azioni che hanno l'obiettivo di potenziare la comunicazione istituzionale (interna ed esterna).

Da tempo la Regione Molise dedica risorse e progetti alla crescita di tale sistema sia nelle sue componenti di governo che in quelle del governo clinico e dei servizi al cittadino.

Pare opportuno rappresentare brevemente tali iniziative ed i risultati che le stesse stanno producendo, che costituiscono il punto di partenza della progettualità di piano.

A grandi linee la copertura delle aree e la capillarità del sistema informativo è rappresentata nella seguente tabella

	Informatizzato
Area Preventiva	
- vaccini	NO
- screening oncologici	In fase di studio
- diabete	NO
- cardiorisk	NO
Servizi Trasversali	
Internet-Intranet Portal	SI
Relazioni con il Pubblico	In Parte
Posta Elettronica	SI
Gestione Documentale	In fase di progettazione
Servizi Territoriali	
Anagrafe Unica	SI
Anagrafe Operatori	SI
Gestione Assistiti	SI
Scelta e Revoca	SI
Centro Unico di Prenotazione	In fase di realizzazione
- cup telefonico	SI
- cup on line	In fase di realizzazione
- cup integrato (multicanale)	NO
Integrazioni con altre applicazioni	Parziale

- LIS	SI
- RIS	SI
PACS	NO
PUA	In fase di Realizzazione
UVM	In fase di Realizzazione
Assistenza Domiciliare Integrata	SI
Retribuzione Medici di Base	SI
Assistenza Protesica	In fase di Realizzazione
Consultori Familiari	SI
Farmacia Territoriale	SI
Servizi di Salute Mentale DSM	SI
Tossicodipendenze SERT	SI
Fascicolo Sanitario Elettronico	In Parte
Ricetta Dematerializzata	SI
Telemedicina/Telecardiologia	SI
Teleassistenza	In fase di realizzazione
Servizi Clinico-Ospedalieri	
Pronto Soccorso	SI
Servizio 118	SI
Cartelle Cliniche Elettroniche	NO
Laboratorio Analisi	SI
Radiologia e Radioterapia	SI, limitatamente ai referti
Anatomia Patologica	SI
Centro Trasfusionale	SI
Farmacia Ospedaliera FAR Presidi Ospedalieri	SI
Gestione ricoveri	SI
Schede Dimissioni Ospedaliere (SDO)	SI
Prestazioni Ambulatoriali	SI
Sistema Informativo Infermieristico	In fase di Realizzazione
Servizi Amministrativi	
Contabilità Economico - Patrimoniale CEP	SI
Gestione Casse Ticket	In fase di progettazione
Gestione Economica del Personale	SI
Gestione Contrattuale del Personale	NO
Rilevazione Presenze del Personale	SI
Protocollo Informativo	SI
Servizi Direzionali	
Controllo di Gestione COG dei flussi finanziari	Parzialmente

L'idea del progettuale nasce nell'ambito di una profonda rivisitazione del Sistema Sanitario Molisano. La Regione Molise, preso atto dell'evoluzione della domanda sanitaria dei suoi cittadini, ritiene opportuno ridefinire la sua visione strategica dell'impianto organizzativo dell'offerta sanitaria. In tale contesto il SIS è stato concepito come uno strumento strategico a supporto del modello di organizzazione della sanità futura.

Infatti, le dinamiche evolutive della domanda sanitaria richiedono una riorganizzazione dell'offerta.

Lo schema organizzativo più idoneo è certamente la "rete" in cui i professionisti della sanità possono disporre e scambiare le informazioni relative al particolare paziente che si muove all'interno della rete stessa secondo un determinato percorso assistenziale. Tale visione corrisponde ad una reale rivoluzione della visione clinica non più basata su episodi disgiunti ma, per l'appunto, su percorsi centrati sul particolare paziente. Inoltre l'architettura prevista per la "rete dei servizi" sanitari prevede la realizzazione di un modello in cui è possibile distinguere tre livelli erogativi stratificati in base alla complessità delle cure:

- 1° livello: assistenza ospedaliera a media ed alta tecnologia;

- 2° livello: specialistica, diagnostica di primo e secondo grado, terapia ed assistenza ospedaliera generica;

- 3° livello: prevenzione, medicina di base, attività socio-sanitaria e farmacia.

Il Piano Informatico dovrà semplificare lo svolgimento dei vari percorsi socio-sanitari regionali e supportare la Regione nello svolgimento del suo ruolo di Governo del sistema attraverso:

- la gestione delle prestazioni farmaceutiche;

- la gestione delle prestazioni ambulatoriali;

- la gestione delle prestazioni di ricovero;

- la gestione delle prestazioni di Pronto Soccorso.

Il piano prevede la disponibilità di diverse funzioni classificandole in tre gruppi la gestione degli attuali processi sanitari regionali, ovvero:

- funzione di identificazione anagrafica dell'assistito;

- funzioni per la gestione del ciclo delle prescrizioni e delle prestazioni: genera prescrizione, identifica prescrizione, notifica di accettazione, notifica di erogazione, comunicazione eventi ad operatori medici, gestione della rendicontazione.

Al secondo gruppo corrispondono funzioni di tipo evoluto che possono essere così classificate:

1. funzioni di semplificazione del rapporto con il cittadino, ovvero:

- prenotazione delle prestazioni ambulatoriali da remoto,

- ritiro referti da remoto;

- funzioni per la gestione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) a supporto dell'attività clinica.

Oververo:

- pubblicazione di documenti clinici,
- consultazione eventi e referti per fini clinici,
- registrazione ed uso della Scheda Sanitaria Individuale o Patient Summary (Continuità della Cura),
- gestione delle Schede di Patologia e dei Piani Terapeutici,
- funzionalità specifiche per le Reti di Patologia,
- teleconsulto;
 - funzioni per la dematerializzazione dei documenti (firma digitale, marca temporale,

Al terzo gruppo, infine, appartengono le così dette “funzioni strutturali” che corrispondono all’insieme delle funzioni atte a garantire il funzionamento del sistema complessivo e che non sono strettamente correlate allo svolgimento dei processi socio sanitari elencati in precedenza. Esse sono:

- funzioni SISS finalizzate alla gestione dell’anagrafe regionale, ovvero:
 - scelta e revoca del MMG/PLS,
 - gestione delle esenzioni,
 - gestione allineamento anagrafiche;
 - funzioni SISS per la gestione della Carta
- funzioni per la gestione dell’adesione degli aderenti
- funzioni per la gestione delle informazioni codificate;
- funzioni per la gestione privacy:
 - rilascio consenso informato,
 - autorizzazione all’accesso (“Medico che ha in cura il cittadino”),
 - oscuramento selettivo
 - gestione delle emergenze;
- funzioni SISS per la gestione delle informazioni sull’offerta sanitaria.

B 2. LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA

La Regione Molise con la definizione del Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del servizio sanitario regionale si è posto l’obiettivo di attuare un percorso indirizzato al riequilibrio economico della gestione sanitaria garantendo e migliorando al contempo l’erogazione dei livelli minimi di assistenza.

Tra gli indirizzi di carattere generale che la Regione intende perseguire si evidenziano:

- Riequilibrio del LEA al fine di garantire risposte mirate ai cittadini dell’ambito dei setting assistenziali tramite un percorso di riconversione e di riequilibrio tra ospedale e territorio;
- Perseguimento dell’equilibrio economico finanziario da attuarsi attraverso interventi di riorganizzazione strutturale e di contenimento della spesa;
- Controllo direzionale della spesa sostenuta;
- Riqualificazione dell’assistenza sanitaria attraverso la riorganizzazione delle reti di cura.

Le azioni determinate dal presente Accordo di Programma sono volte alla riqualificazione dell'offerta sanitaria regionale per consentire il riequilibrio economico e finanziario, migliorandone la funzionalità e l'efficienza, rendendola più idonea alle moderne esigenze di diagnosi e cura e alla soddisfazione dei bisogni sanitari dei cittadini.

Il Servizio Sanitario molisano è organizzato essenzialmente su reti posti a tre diversi livelli:

- **l'accoglienza sociosanitaria, la non autosufficienza e la disabilità;**
- **le cure territoriali;**
- **le cure ospedaliere.**

La qualificazione e riorganizzazione del Servizio Sanitario molisano sarà perciò determinata dalla revisione delle reti assistenziali e dalla loro integrazione.

L'obiettivo principale è quindi rendere più efficiente il modello esistente mediante le seguenti azioni:

- ottimizzare le funzioni del polo ospedaliero regionale attraverso l'integrazione strutturale e funzionale del P.O. Cardarelli con la struttura sanitaria ad uso ospedaliero Giovanni Paolo II;
- Adeguamento sismico, tecnologico, funzionale e rispetto delle norme di sicurezza dei P.O. di Termoli ed Isernia secondo le esigenze derivanti dalla nuova organizzazione dell'offerta sanitaria
- Potenziamento e ammodernamento del parco tecnologico ed informatico;
- Potenziare l'offerta sanitaria territoriale mediante la Riconversione degli attuali Presidi Ospedalieri di Larino e Venafro e trasformazione degli attuali poliambulatori in "Casa della Salute";
- Potenziare e diversificare l'offerta di prestazioni Socio-Sanitarie, non autosufficienza e disabilità attraverso la realizzazione di nuove strutture o riconversione di quelle esistenti in RSA e RSD;

B2.a. OBIETTIVI DEL PROGRAMMA

B2.a.1 ANALISI DEI PROBLEMI E PRIORITÀ

Gli obiettivi generali del programma di investimenti sono:

- Riqualificazione e Razionalizzazione della rete ospedaliera: redistribuzione degli spazi all'interno delle strutture a seguito dell'applicazione dei nuovi standard, della chiusura degli ospedali di Venafro e di Larino ed alla progressiva rimodulazione dell'offerta sanitaria;
- Potenziamento e ammodernamento del parco tecnologico: accrescere l'efficienza e l'efficacia delle offerte di prestazioni sanitarie al fine di adeguare la capacità di diagnosi e garantire complete condizioni di sicurezza per il paziente e per gli operatori;
- Miglioramento dell'umanizzazione e comfort alberghiero: creazione di ambienti con caratteristiche proprie dell'edilizia ed impiantistica sanitaria che assicurino accoglienza e confort;
- Ristrutturazione e potenziamento della rete territoriale: implementare un sistema regionale che permetta percorsi di cura integrati ospedale-territorio, nella certezza che la continuità e la prossimità delle cure sono elementi irrinunciabili per poter dare risposte adeguate ai bisogni complessi della popolazione

- Adeguamento alle norme di sicurezza: garantire ai cittadini la piena fruibilità in sicurezza dell'offerta sanitaria attraverso la messa a norma delle strutture sanitarie (antincendio e adeguamento antisismico delle strutture) ed adeguamento dell'impiantistica;

Gli interventi previsti nel programma possono essere, sinteticamente, così riassunti:

- Integrazione "Cardarelli – Fondazione Giovanni Paolo II";
- Adeguamento sismico, antincendio, tecnologico, funzionale e rispetto delle norme di sicurezza dei P.O. di Termoli ed Isernia secondo le esigenze derivanti dalla nuova organizzazione dell'offerta sanitaria e alla normativa in materia di autorizzazione ed accreditamento dei presidi ospedalieri;
- Realizzazione di un polo integrato per attività ospedaliere e distrettuali nel comune di Agnone;
- Riconversione degli attuali Presidi Ospedalieri di Larino e Venafrò. Gli stabilimenti di Venafrò e Larino saranno oggetto di ristrutturazione per diventare i contenitori di attività territoriali di filtro e di supporto a quella ospedaliera;
- Ristrutturazione e Trasformazione dei poliambulatori esistenti in "Casa della Salute";
- Realizzazione di tre RSA da quaranta posti letto ciascuna nelle ex strutture ospedaliere di Larino, Venafrò e Agnone;
- Rinnovo del parco tecnologico mediante l'acquisto di nuove apparecchiature elettromedicali.

B2.a.2 LA CATENA DEGLI OBIETTIVI

INTERVENTO	OBIETTIVI GENERALI	OBIETTIVI SPECIFICI	OBIETTIVI OPERATIVI
Integrazione Ospedale Cardarelli – Fondazione Giovanni Paolo II	Riqualificazione e razionalizzazione della rete ospedaliera.	Realizzazione di 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 con il conseguente incremento del livello di supporto in termini di modernità e specificità tecnologica.	Ristrutturazione ed ampliamento dell'attuale struttura di proprietà della Fondazione GPII al fine della dismissione degli stabili di proprietà del Cardarelli e trasferimento di tutte le attività ospedaliere nei locali della Fondazione.
Adeguamento antincendio, sismico, tecnologico, funzionale e rispetto delle norme di sicurezza dei P.O. di Termoli ed Isernia	Adeguamento strutturale ed impiantistico delle strutture esistenti, compresa messa a norma e in sicurezza	Raggiungimento dei requisiti autorizzativi di accreditamento previsti dalla normativa nazionale e Regionale e miglioramento della sicurezza	Ristrutturazione e ammodernamento strutturale e tecnologico dei presidi ospedalieri di Isernia e Termoli
Realizzazione di un polo integrato per attività ospedaliera e distrettuale nel comune di Agnone;	Riqualificazione e razionalizzazione della rete ospedaliera e territoriale	Completamento dei lavori per il nuovo ospedale di Agnone che Oltre alle funzioni	Dotare la nuova struttura sanitaria di adeguate tecnologie al fine di potenziare i servizi

		ospedaliera diventerà centro di cura territoriale	territoriali dell'area della zona omogenea di Agnone
Riconversione degli attuali Presidi Ospedalieri di Larino e Venafro	Riqualificazione e razionalizzazione della rete territoriale	Sviluppo e implementazione delle reti sul territorio	Trasformazione degli attuali ospedali di Venafro e Larino in strutture territoriali con attività di filtro e supporto a quella ospedaliera
Ristrutturazione e Trasformazione dei poliambulatori esistenti in "Casa della Salute";	Riqualificazione e razionalizzazione della rete territoriale	Riqualificazione e trasformazione dei Poliambulatori esistenti nella Regione	Riassetto organizzativo dell'offerta specialistica territoriale con la ristrutturazione e riconversione dei poliambulatori regionali
Ristrutturazione dell'ex ospedale "Cardarelli" da adibire a Struttura territoriale per l'area omogenea di Campobasso	Riqualificazione e Potenziamento della rete territoriale e socio-sanitaria	Riconversione delle strutture esistenti sul territorio	Riassetto organizzativo dell'offerta specialistica territoriale con la ristrutturazione e riconversione delle strutture esistenti
Realizzazione di tre RSA da quaranta posti letto in ciascuna nelle ex strutture ospedaliere di Larino, Venafro e Agnone	Riqualificazione e Potenziamento della rete socio-sanitaria	Riconversione delle strutture esistenti sul territorio	Riassetto organizzativo dell'offerta sociosanitaria attraverso la ristrutturazione e la riconversione delle strutture sanitarie esistenti
Rinnovo del parco tecnologico	Riqualificazione e Potenziamento dell'offerta tecnologica	Maggiore efficienza dell'offerta sanitaria	Acquisto di nuove apparecchiature elettromedicali.

2.A.3 INTERVENTI PROGETTUALI

INTEGRAZIONE Cardarelli – Fondazione Giovanni paolo II

La possibilità di realizzare una progressiva integrazione, intesa in termini di non concorrenzialità reciproca, ma di complementarità tra l'ospedale "A. Cardarelli" e la Fondazione di Ricerca e Cura "Giovanni Paolo II", ha l'intento 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.

Da tale preliminare e generale analisi, è emerso che un intervento di razionalizzazione dell'offerta delle due strutture renderebbe possibile il trasferimento di tutte le attività del Presidio "Cardarelli" all'interno della struttura Giovanni Paolo II. Tale soluzione renderebbe possibile la dismissione del primo e del secondo corpo di fabbrica del "Cardarelli", i più vecchi e più bisognosi di interventi di manutenzione straordinaria, con un notevole risparmio per le finanze pubbliche.

Allo stato attuale la Fondazione Giovanni Paolo II, gestisce in Campobasso una struttura ospedaliera di complessivi 130 posti letto accreditati, di cui 118 ordinari e 12 diurni, i cui punti di forza quali-quantitativi della sua offerta sanitaria, sono essenzialmente connessi alle attività rivolte alle patologie cardiologiche ed

oncologiche. Allo stesso tempo, il Presidio Ospedaliero “Cardarelli”, che dista poche centinaia di metri dalla struttura ospedaliera Giovanni Paolo II, ha complessivamente 320 posti letto per acuti, di cui 268 ordinari e 43 per DH.

Il Cardarelli è individuato nella programmazione sanitaria come l'Hub regionale e ospita il DEA e tutte le discipline ricomprese nella rete regionale dell'emergenza della Regione Molise. Nel Presidio Ospedaliero del Cardarelli sono presenti sia attività di Cardiologia, Cardiologia interventistica con copertura H24, che attività di Oncologia.

La struttura ospedaliera “Fondazione di Ricerca e Cura “Giovanni Paolo II”, 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 minimi in termini di opere murarie ed impiantistica, fino a 396 posti letto.

La Figura 1 - Visione aerea delle ali del complesso ospedaliero



Riepilogo dotazioni posti letto			
Simulazione dotazione posti letto			
Destinazione	Cardarelli	FGPII	Totale
Degenza Ordinaria	209	85	294
Unità Terapia Intensiva	8	9	17
Day Hospital	28	8	36
Totale	245	102 + 3 p.l. tecnici	347

Dotazioni posti letto per il DEA			
Medicina di urgenza	10	-	10
TOTALE	255	102+3 letti tecnici	357



Figura 2 - Visione d'insieme della divisione degli spazi interni al complesso

Viene così realizzato 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, la collocazione degli spazi da destinare al P.O. Cardarelli e quelli destinati alla Fondazione "Giovanni Paolo II", saranno meglio esplicitati attraverso la lettura delle successive planimetrie.

L'integrazione tra Cardarelli e Fondazione permetterà di ottimizzare gli spazi di una struttura moderna e razionale fondendo due ospedali in un'unica struttura che dovrà essere punto di riferimento per la popolazione molisana.

Il Nuovo Ospedale Cardarelli avrà a disposizione una superficie complessiva di circa 30.000 metri quadri.

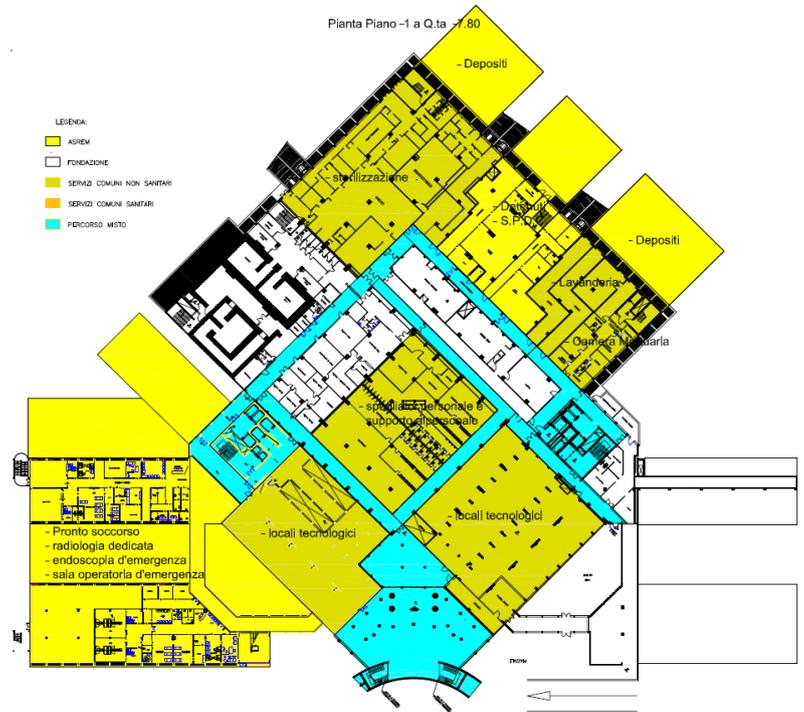
L'integrazione delle due strutture sarà possibile attraverso la concessione, da parte dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, del diritto di superficie delle aree necessarie alla realizzazione dei nuovi fabbricati essenziali alle attività ospedaliere del Cardarelli, ed in parte attraverso il diritto di usufrutto di spazi all'interno delle strutture già realizzate da parte dell'Università Cattolica del sacro Cuore

Al piano -2 (quota - 11.60), Il piano è dotato di due accessi diretti, mediante rampe, con il piano stradale superiore.



Attualmente gli spazi sono allo stato rustico e saranno destinati alla farmacia, al magazzino economale e al garage. Le nuove destinazioni degli ambienti, verranno utilizzati da entrambe le strutture

Al piano -1 (quota -7,60) nella zona laterale sinistra rispetto dell'ingresso principale, colonna "F", attualmente allo stato rustico, sarà ubicato il Pronto Soccorso.

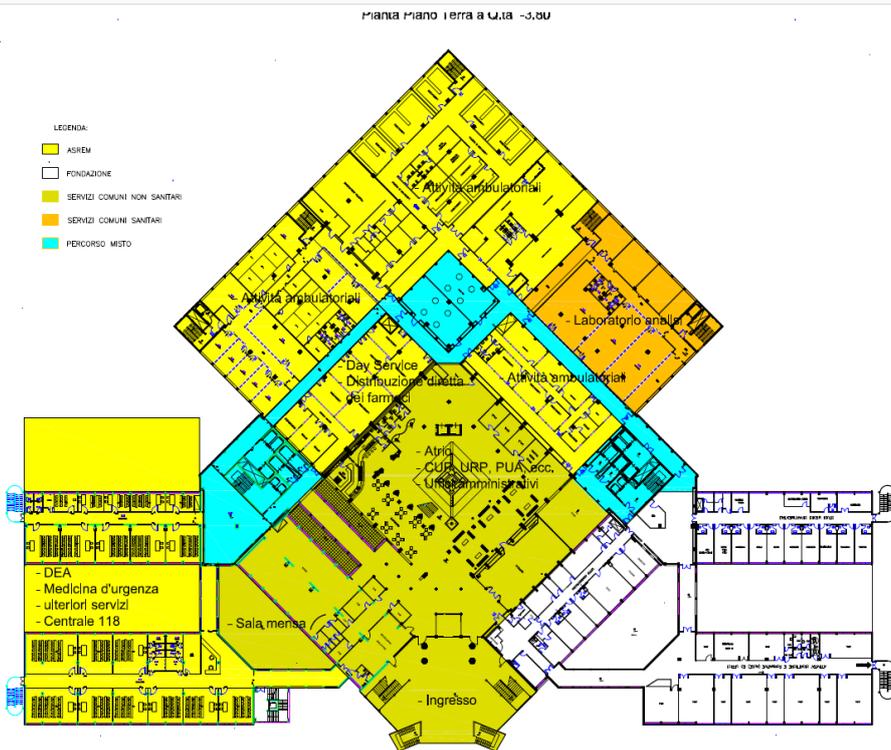


Nella Colonna D, anch'essa allo stato rustico e la colonna G (G = nuova costruzione da realizzare nello spazio sarà attualmente vuoto tra i due

edifici D ed F), collocato il DEA, che prevede:

- Radiologia dedicata
- Sala per l'endoscopia di emergenza
- Sala operatoria di emergenza (h24).

Nella Piastra, nella zona centrale, saranno collocati ambienti destinati a spogliatoi e supporto al personale, mentre nella parte posteriore, sempre della piastra, si prevede la sistemazione del SPDC e dei Detenuti. In adiacenza a questi locali saranno costruiti ambienti da destinare a depositi.



Al piano Terra, (quota -3,80) direttamente dell'atrio sarà situata l'area destinata all'accoglienza ed all'orientamento dei pazienti e dei visitatori.

In continuità con l'atrio, saranno poste tutte le attività di front office (URP, CUP, PUA) e gli uffici per il ricovero.

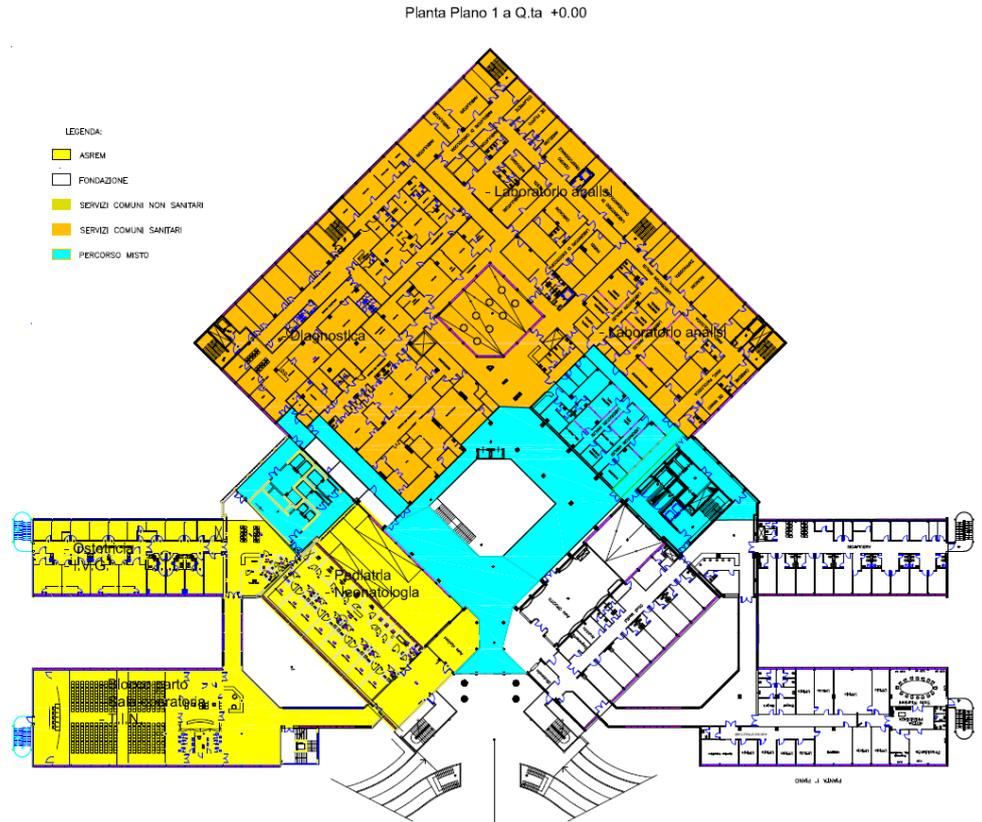
Gli ambulatori, posizionati nella piastra centrale, adiacenti l'atrio e l'ingresso principale consentiranno di minimizzare il percorso dei pazienti esterni che entrano in ospedale per il tempo necessario a una visita.

Sul lato sinistro del fabbricato, sopra il Pronto Soccorso, nelle colonne

D, F ed H, si troveranno la Medicina d'Urgenza e la Centrale Operativa del 118.

Nella piastra centrale, infine, saranno collocate anche le attività di Day Service e la distribuzione diretta dei farmaci.

Al piano Primo (quota 0,00) è prevista l'area materno infantile. Nella colonna D sarà allocata l'ostetricia, mentre nella colonna F il blocco parto completo di 3 sale, oltre alla sala operatoria ed al TIN. Infine, sistemata nelle immediate vicinanze del



blocco parto, per rendere possibile alle neo-mamme di poter assistere i propri piccoli, è prevista la realizzazione della pediatria e la neonatologia (colonna C).



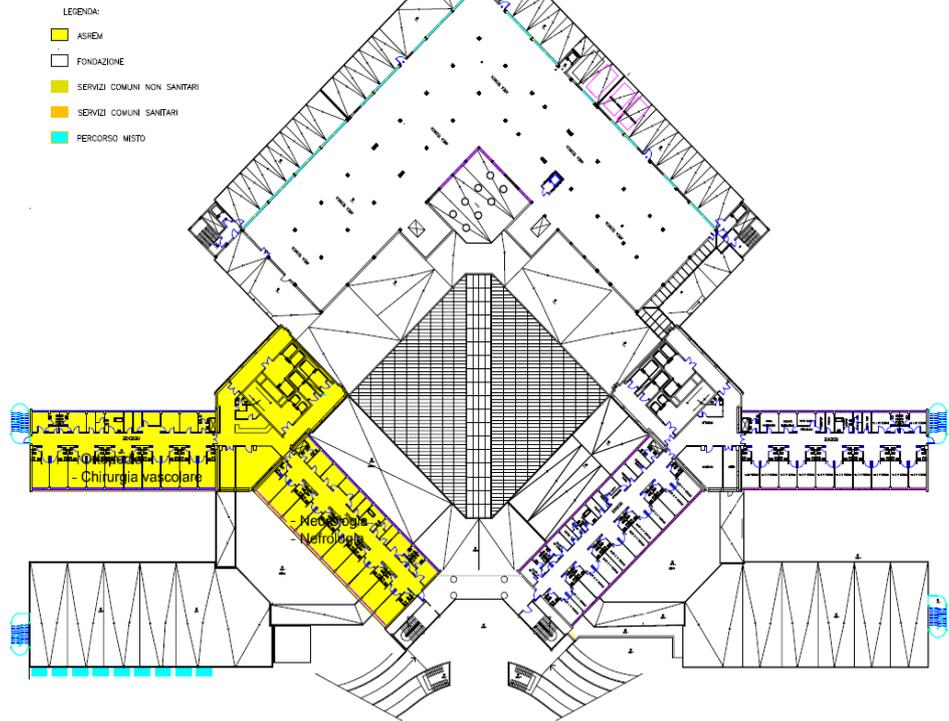
Al piano secondo (quota +3,80), collocato sulla piastra centrale, in posizione ottimale rispetto alla disposizione dei reparti, collocati nei moduli laterali del medesimo

piano ed al piano superiore, permettendo un agevole flusso da e verso il blocco operatorio dei pazienti ricoverati in elezione, sarà situato il blocco operatorio e la terapia intensiva. Saranno a disposizione del Cardarelli 5 sale operatorie ed 8 posti letto di rianimazione.

Planta Piano 3 a Q.ta +7.60

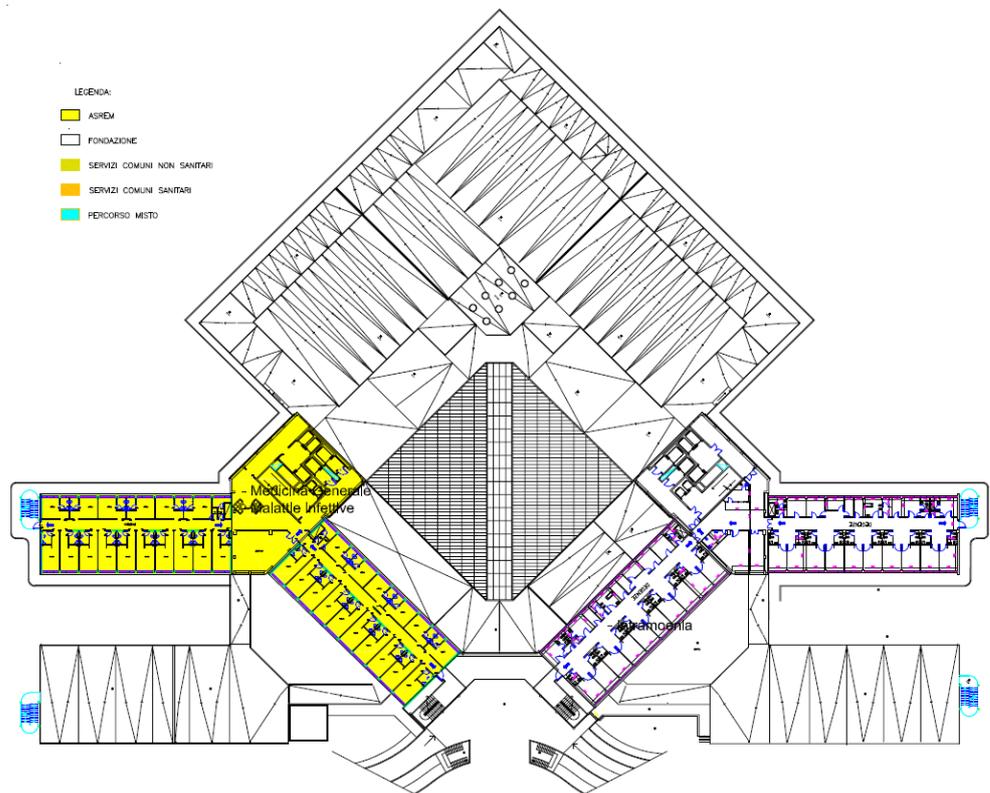
Nelle colonne C e D saranno attivati i reparti di Chirurgia Generale, O.R.L. ed i posti letto di Day Hospital e di Day Surgery.

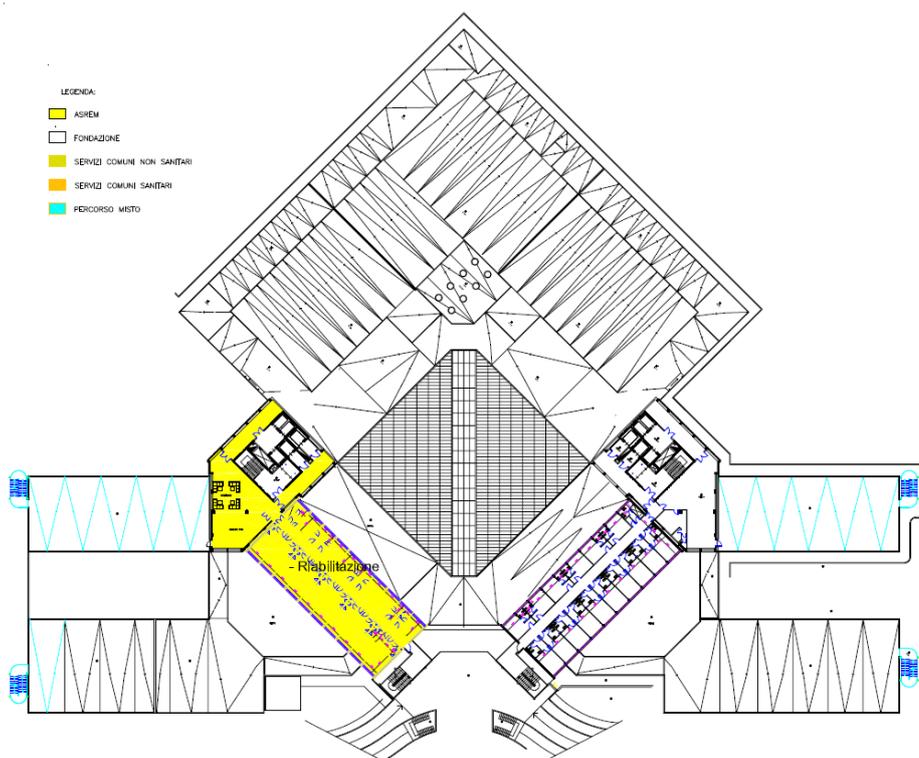
Come per il secondo, anche il terzo piano (quota +7.60), sarà riservato ai reparti chirurgici. Nelle colonne C e D, saranno situati i reparti di Ortopedia, Chirurgia Vascolare, Neurologia e Nefrologia.



Planta Piano 4 a Q.ta +11.00

Il quarto piano (quota +11.60) sarà dedicato alle discipline di Area Medica, nelle colonne C e D sarà posto il reparto di Medicina Generale, nella colonna D, oltre al reparto di Medicina





Generale, verrà allocato quello di Malattie Infettive.

Infine al Piano 5 viene dedicato lo spazio per la riabilitazione funzionale.

Nella colonna C, attualmente adibite a foresteria, sarà situata l'area di riabilitazione ospedaliera

Gli uffici amministrativi dell'Ospedale Cardarelli saranno ubicati nel fabbricato attualmente destinato a Centro di Chirurgia sperimentale.

Tale fabbricato è posizionato ad ovest della struttura.

I parcheggi saranno realizzati in una struttura multipiano che sarà costruita in un'area, attualmente libera, situata nella parte destra del fabbricato.

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. Al suo interno sono già presenti 7 sale operatorie e 16 box per terapia intensiva e/o UTIC.

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.

Per avere una visione più completa degli elementi di integrazione tra le due strutture ospedaliere comprensiva dei costi di adeguamento per ogni singolo intervento e dei relativi tempi di adeguamento, si rimanda alla tabella successiva.

ELEMENTI DI INTEGRAZIONE FONDAZIONE GIOVANNI PAOLO II - OSPEDALE CARDARELLI								
PIANO	QUOTA MT.	UBICAZIONE	FUNZIONE PREVISTA	P.L. PREVITI DA P.O.S.	STATO ATTUALE	MQ	LAVORI	COSTO DI ADEGUAMENTO
-2	-11,60	PIASTRA	FARMACIA		RUSTICO	2750	DA COMPLETARE	
			MAGAZZINO ECONOMALE		RUSTICO			
Stima lavori piano - 2								2.000.000,00
-1	-7,80	COLONNA F	PRONTO SOCCORSO		RUSTICO	1700	DA COMPLETARE	
		COLONNA D	DEA;		RUSTICO			
		DA COSTRUIRE	RADIOLOGIA DEDICATA;		NUOVA COSTRUZIONE	1700	DA COSTRUIRE	
			SALA PER L'ENDOSCOPIA;					
			SALA OPERATORIA DI EMERGENZA (H.24)					
		PIASTRA - ATRIO	DEPOSITI		NUOVA COSTRUZIONE	1000	DA COSTRUIRE	
			SPDC		RUSTICO	400	DA COMPLETARE	
DETENUTI			RUSTICO	650	DA COMPLETARE			
Stima lavori piano - 1								10.000.000,00
0	-3,80	COLONNA D COSTUIRE	MEDICINA DI URGENZA	10	RUSTICO	1800	DA ADEGUARE	
		DA COSTUIRE	CENTRALE OPERATIVA 118		NUOVA COSTRUZIONE	1000	DA COSTRUIRE	
		ATRIO	INGRESSO - CUP - URP E UFFICI RICOVERI		NUOVA COSTRUZIONE	900	DA COSTRUIRE	
		PIASTRA ATRIO	DAY SERVICE		RUSTICO	450	DA COMPLETARE	
		PIASTRA ATRIO	DISTRIBUZIONE DIRETTA FARMACI		RUSTICO	450	DA COMPLETARE	
		PIASTRA ATRIO	LABORATORIO UNICO		RUSTICO	1000	DA COMPLETARE	
		PIASTRA ATRIO	ATTIVITA' AMBULATORIALE		FUNZIONANTE	2500	DA ADEGUARE	
		COLONNA F	POLO SANGUE (DIALISI, CENTRO TRASFUSIONALE E DONAZIONE SANGUE)		FUNZIONANTE	500	DA ADEGUARE	
Stima lavori piano - 0								13.250.000,00
1	0,00	COLONNA F	BLOCCO PARTO (3 SALE) E SALA OPERATORIA		FUNZIONANTE	500	DA ADEGUARE	

			TIN	5	FUNZIONANTE		DA ADEGUARE		
		COLONNA C	PEDIATRIA	7	FUNZIONANTE	1000	DA ADEGUARE		
			NEONATOLOGIA	8	FUNZIONANTE		DA ADEGUARE		
		COLONNA D	OSTETRICIA IVG (1 OS e 2 pl DH)	22	FUNZIONANTE	900	DA ADEGUARE		
		Stima lavori piano + 1							2.500.000,00
2	+ 3,80	COLONNA C- D	CHIRURGIA GENERALE	18	FUNZIONANTE	4600	DA ADEGUARE		
			ORL	4	FUNZIONANTE				
			UROLOGIA	11	FUNZIONANTE				
			DAY SURGEY/DAY HOSPITAL		FUNZIONANTE				
		PIASTRA	TERAPIA INTENSIVA	8	FUNZIONANTE				
			BLOCCO OPERATORIO (5 SALE)		FUNZIONANTE				
		Stima lavori piano + 2							€ 1.500.000,00
3	+ 7,60	COLONNA C	ORTOPEDIA	15	FUNZIONANTE	1500	DA ADEGUARE		
			CHIRURGIA VASCOLARE	6	FUNZIONANTE				
		COLONNA D	NEUROLOGIA	10	FUNZIONANTE				
			NEFROLOGIA	8	FUNZIONANTE				
		Stima lavori piano + 3							€ 1.500.000,00
4	+11,00	COLONNA C	MEDICINA GENERALE	40	FUNZIONANTE	2000	DA ADEGUARE		
		COLONNA D	MEDICINA GENERALE		FUNZIONANTE				
			MALATTIE INFETTIVE	2	FUNZIONANTE				
		Stima lavori piano + 4							€ 1.000.000,00
5	+14,40	COLONNA C	RIABILITAZIONE		RUSTICO	700	DA COMPLETARE		
		Stima lavori piano + 5							€ 1.000.000,00
		PARCHEGGIO MULTIPIANO PER 250 P.A.						DA COSTRUIRE	2.250.000,00
		PALAZZINA AMMINISTRATIVA					1600	DA ADEGUARE	1.500.000,00
		ADEGUAMENTO E PREDISPOSIZIONE IMPIANTI (GAS MEDICALI, IDRICO, ELETTRICO, ECC.)							€ 3.500.000,00
		TOTALE							€ 40.000.000,00

ADEGUAMENTI STRUTTURALI E IMPIANTISTICI, E INTERVENTI DI MESSA A NORMA E IN SICUREZZA DEI PRESIDI OSPEDALIERI

I successivi interventi sono prevalentemente tesi all'ammmodernamento e all'adeguamento dei requisiti strutturali, tecnologici, impiantistici e di sicurezza del patrimonio ospedaliero presente nel territorio regionale, per il raggiungimento dei requisiti autorizzativi di accreditamento di cui al D.P.R. 14.01.1998 e alla legge regionale n. 18/2008 e tesi a potenziare e modernizzare il patrimonio dei dispositivi sanitari (attrezzature ed apparecchiature).

Le principali linee di intervento possono essere sinteticamente così riepilogate:

- adeguamento strutturale ed impiantistico e adeguamento tecnologico degli impianti (climatizzazione, idro sanitario, ascensori, gas medicali, elettrici);
- adeguamento alla normativa in materia di prevenzione incendi;
- adeguamento alla normativa in materia di sicurezza elettrica e continuità elettrica;
- adeguamento alla normativa in materia di sicurezza e della salute nei luoghi di lavoro;
- adeguamento alla normativa sul risparmio energetico;
- superamento barriere architettoniche.

L'attuazione di tali interventi potrà permettere alle strutture sanitarie di essere maggiormente efficienti sotto il profilo clinico-sanitario, più confortevoli e sicure dal punto di vista strutturale e tecnologico.

PRESIDI OSPEDALIERI	Adeguamento sismico (*)	Adeguamento funzionale	Adeguamento antincendio (**)	Investimenti da attivare €	fonti di finanziamento
ADEGUAMENTO P.O. ISERNIA	50.000.000,00	1.500.000,00	4.300.000,00	55.800.000,00	art. 20 legge 67/88
ADEGUAMENTO P.O. TERMOLI	15.000.000,00	2.500.000,00	11.100.000,00	28.600.000,00	art. 20 legge 67/88
TOTALE	65.000.000,00	4.000.000,00	15.400.000,00	84.400.000,00	

(*) Fonte del dato: studio sulla vulnerabilità sismica degli ospedali eseguito dal CNR

(**) Fonte del dato: ASREM

Considerati i costi complessivi per l'adeguamento delle due strutture ospedaliere, si ritiene di intervenire prioritariamente, per il rispetto delle norme cogenti, all'esecuzione dei lavori necessari all'adeguamento funzionale e antincendio degli immobili.

REALIZZAZIONE DI UN POLO INTEGRATO PER ATTIVITA' OSPEDALIERA E DISTRETTUALI NEL COMUNE DI AGNONE

L'ipotesi di utilizzare un unico edificio per le attività territoriali ed ospedaliere, nasce in una ottica di risparmio e si riflette in modo positivo anche in termini di utilizzazione del patrimonio pubblico immobiliare in capo alla regione Molise.

L'intervento riguarda la struttura ospedaliera di Agnone della provincia di Isernia. In particolare è previsto il completamento di una struttura destinata ad ospedale in località "Marinelle" nel Comune di Agnone, nell'ambito della zona omogenea dell'Alto Molise.

Attualmente l'ospedale utilizza una struttura obsoleta, difficilmente adeguabile funzionalmente e simicamente e considerato l'alto costo dei lavori di adeguamento e trasformazione del fabbricato, la Regione Molise ha deciso di completare la struttura ospedaliera realizzata negli anni '90 e mai ultimata.

Il nuovo edificio, di superficie complessiva pari a circa 15.000 mq, è destinato ad ospitare le funzioni sanitarie e amministrative delle due istituzioni. La localizzazione urbana del nuovo insediamento risulta essere particolarmente felice in relazione alla sua elevata accessibilità.

L'area risulta infatti raggiungibile agevolmente con mezzi privati sia dalla città sia provenendo dal territorio.

Il progetto dovrà prevedere il completamento del tracciato stradale interno al fine di completare l'anello viario e gli spazi destinati a parcheggio posti sul fronte principale dell'edificio,

L'edificio è raggiungibile attraverso un unico ingresso che distribuisce due zone di attesa di pertinenza, rispettivamente, del Distretto e dell'Ospedale.

Sono previsti accessi distinti per i servizi logistici e sanitari ed un accesso diretto riservato alle emergenze.

Gli ambienti di lavoro saranno concepiti e realizzati in modo tale da garantire adeguate condizioni di comfort e sicurezza ed assicurare elevati standard di igiene, manutenibilità e pulibilità. Particolare attenzione sotto il profilo sanitario sarà dedicata alle funzioni di tipo ambulatoriale e medico.

La zona ospedaliera sarà concepita in modo da garantire una facile ed agevole accesso da parte del pubblico esterno e ridurre le intersezioni tra i diversi flussi di persone e materiali. Le funzioni ad elevato carico di utenza saranno posizionate ai piani bassi.

L'edificio si sviluppa su 4 livelli, occupando una superficie lorda totale complessiva di mq 2.800 per piano.

Nell'ottica di stratificare dall'alto verso il basso le funzioni in relazione al carico d'utenza previsto, i primi due piani ospiteranno le attività a carattere territoriale.

Al piano terzo sarà ubicata la RSA, compresi gli ambulatori e la palestra.

Al quarto piano saranno collocate le attività ospedaliere.

struttura	ospedale	Distretto	Casa della Salute	RSA	totale
Polo integrato per attività ospedaliera e distrettuale di Agnone	15.000.000,00	1.500.000,00	1.500.000,00	1.000.000,00	19.000.000,00

POTENZIAMENTO E SVILUPPO DELLA RETE POLIAMBULATORIALE

Nel presente piano sono previsti interventi volti al potenziamento e sviluppo della rete territoriale mediante la ristrutturazione e trasformazione degli attuali poliambulatori in Case della Salute.

Di seguito si descrivono gli interventi.

EX OSPEDALE “SS. ROSARIO” DI VENAFRO – CASA DELLA SALUTE

L'ex P.O. “SS. ROSARIO” di Venafro sarà riconvertito in una Struttura Sanitaria Territoriale - Ospedale di Comunità e manterrà temporaneamente i posti letto di lungodegenza appartenenti al Presidio Ospedaliero “Veneziale” di Isernia. La Casa della Salute di Venafro avrà una sezione staccata nel comune di Cerro al Volturmo dove, per offrire un maggiore servizio al territorio, sarà realizzato un modulo a bassa intensità collegato alla struttura di Venafro.

La riconversione dello stabilimento “SS. ROSARIO” di Venafro, avviata dal 1 Giugno 2016, prevede:

- n. 20 posti di riabilitazione extra- ospedaliera, di cui n. 10 posti per la riabilitazione estensiva e n. 10 posti per la riabilitazione di mantenimento;
- n. 40 posti letto di RSA
- n. 10 posti letto per la cura dell'Alzheimer;
- n. 15-20 posti letto gestiti da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai MMG o dai PLS o da altri medici dipendenti o convenzionati con i SSN;
- n. 1 punto di primo intervento che sarà poi sostituito, così come previsto dal D.M. n. 70/2015, da una postazione medicalizzata del 118;
- postazione di continuità assistenziale;
- attività ambulatoriale anche a carattere chirurgico complesso;
- Casa della Salute (UCCP/AFT) per i medici di medicina generale e i pediatri, PUA, Sportello CUP, Poliambulatorio specialistico, Punto Prelievo, Ambulatorio infermieristico, Area materno-infantile, Area integrazione socio-sanitaria)

DESCRIZIONE

PRIMO LIVELLO

Nei locali al primo livello della struttura, oltre ai servizi tecnico-impiantistici, saranno mantenuti il servizio di Cucina e il servizio di lavanderia, entrambi avranno accessibilità autonoma dall'esterno, indipendente rispetto al sistema dei percorsi generali del presidio.

SERVIZIO CUCINA

Per il Servizio Cucina è prevista l'accessibilità autonoma dall'esterno ed indipendente rispetto al sistema dei percorsi generali del presidio.

SERVIZIO LAVANDERIA

Sono previsti ambienti e percorsi diversificati a secondo delle funzioni. Linea sporco: raccolta, cernita e lavaggio della biancheria. Linea pulito: asciugatura, rammendo, stiratura ed il deposito della biancheria pulita.

SECONDO LIVELLO

ATTIVITA' DISTRETTUALI

Il Distretto, con tutte le sue funzioni, rappresenta un centro di servizi e prestazioni dove la domanda di salute della popolazione è affrontata in modo unitario e globale, nel quale sono attivabili tutti i percorsi di accesso del cittadino ai servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali. Assicura l'accoglienza, l'analisi, la valutazione, l'orientamento della domanda e l'organizzazione della risposta.

Posto all'ingresso dell'Ospedale, il (CUP) Centro Unico Prenotazioni offre agli utenti la possibilità di accedere a tutte le prestazioni ambulatoriali, ai ricoveri programmati, chiedere copia dei referti sanitari e pagare il ticket relativo alle prestazioni prenotate.

In adiacenza al CUP sarà posizionata la Porta Unica di Accesso (PUA), che garantisce la presa in carico dei pazienti nella rete dei servizi sociosanitari. Promuove la semplificazione delle procedure, l'unicità del trattamento dei dati, l'integrazione nella gestione del caso. Fornisce le informazioni ai cittadini sui diritti e le opportunità sociali, sui servizi e gli interventi del sistema locale dei servizi sociosanitari, nel rispetto dei principi di semplificazione, trasparenza e pari opportunità.

Un'area riservata alla direzione del distretto ed agli uffici amministrativi garantisce il dovuto supporto alla gestione ed all'esercizio delle attività distrettuali..

Nell'area destinata alle attività sanitarie sarà ubicata l'Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP), che dovrà garantire, attraverso gli MMG ed i PLS, ed i medici specialisti, le prestazioni assistenziali della medicina generale ed i locali necessari per il punto prelievo

Nel medesimo livello saranno, inoltre, situati gli spazi per la farmacia e la distribuzione diretta dei farmaci ed il servizio di dialisi per pazienti affetti da insufficienza renale in fase uremica;

In un'area perimetrale al fabbricato, con ingresso completamente indipendente, sarà posta la camera mortuaria, con i relativi ambienti di supporto.

TERZO LIVELLO

PUNTO DI PRIMO INTERVENTO – 118 – GUARDIA MEDICA- AMBULATORIO INFERMIERISTICO

I locali adibiti attualmente a pronto soccorso saranno utilizzati dal servizio del 118 e dai medici di Continuità assistenziale. Sarà presente un ambulatorio medico-chirurgico da utilizzare per un primo intervento medico in caso di: patologie diagnosticate ed ingravescenti, malesseri non ben definiti, piccoli atti medico-chirurgici, diagnostica strumentale semplice o per la stabilizzazione del paziente prima del trasporto in ospedale.

ATTIVITA' DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

I locali sono gli stessi dell'attuale Reparto di Radiologia, gli spazi sono stati strutturati conformemente alle norme di buona tecnica, ai principi di funzionalità e nel rispetto della vigente normativa in materia di Radioprotezione e di sicurezza negli ambienti di lavoro.

AREA AMBULATORIALE

Sono previsti ambulatori di assistenza specialistica, preposti alla erogazione di prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione, nelle situazioni che non richiedono ricovero neanche a ciclo diurno.

In particolare, per le attività di chirurgia ambulatoriale si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici ed anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive o seminvasive, senza ricovero, in ambulatorio, che non prevedono durante la loro esecuzione la perdita di coscienza tali da consentire all'utente di deambulare al termine dell'atto chirurgico.

Le prestazioni ambulatoriali di riabilitazione sono caratterizzate dalla globalità del trattamento sull'handicap, che richiede un contestuale apporto multidisciplinare medicopsicologico- pedagogico.

Gli ambienti, già esistenti, sono strutturati in modo da garantire la completa fruibilità degli spazi da parte di tutti i possibili utenti affetti dalle diverse tipologie di disabilità, la completa assenza di barriere architettoniche che limitino l'accesso o gli spostamenti dentro la struttura e l'utilizzo sicuro dei vari spazi e servizi.

RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALI (R.S.A.)

Sono in fase di ultimazione i lavori relativi alla realizzazione di una Residenza Sanitaria Assistenziale da 40 posti letto nella zona nord del fabbricato. La residenza, articolata in due nuclei funzionali da 20 posti letto, avrà accesso direttamente dall'esterno.

Annesso alla R.S.A. sarà realizzato un centro per malati di Alzheimer, costituito da un nucleo da 10 posti letto in regime residenziale e 10 unità in regime semiresidenziale.

Saranno previsti locali e servizi commisurati alle esigenze degli ospiti, sia in regime residenziale che semiresidenziale nel rispetto dei seguenti criteri:

- sicurezza, assecondando allo stesso tempo la tendenza al vagabondaggio;
- flessibilità nell'organizzazione degli spazi, rendendoli adattabili ai differenti gradi di disabilità dei pazienti;
- comfort e familiarità, attraverso arredi riconoscibili, simili a quelli domestici;
- chiarezza del messaggio d'uso dello spazio, evitando messaggi ambientali ambigui.

Oltre ai locali di servizio e per la vita comune (minimo 30 mq per ospite come da normativa), saranno predisposti anche un numero sufficiente di locali per le attività terapeutiche.

QUARTO LIVELLO

OSPEDALE DI COMUNITA'

L'Ospedale di Comunità risponde alla necessità di affrontare nel modo più appropriato ed efficace quei problemi di salute di solito gestibili a domicilio, ma che, in particolari condizioni di fragilità socio-sanitaria, richiedono di essere assistiti in un ambiente maggiormente protetto. L'ospedale offrirà una residenzialità temporanea, di norma per un massimo di trenta giorni, dopo la dimissione da strutture per acuti per completamento delle cure ovvero per situazioni cliniche non trattabili a domicilio, ma che non

richiedono il ricorso a strutture ospedaliere per acuzie e post-acuzie e quindi, per favorire, attraverso un percorso assistenziale intermedio, il rientro a domicilio in condizioni adeguate e contrastare il fenomeno dei ricoveri ripetuti.

È stata prevista una capacità recettiva di circa 15-20 posti letto. Le camere sono da 2 letti e organizzate in modo da garantire la privacy di ogni singolo ospite e l'accesso e il movimento delle lettighe e delle carrozzine. I servizi igienici saranno stati organizzati per la non autosufficienza.

L'assistenza medica viene assicurata dai Medici di Medicina Generale e dai Medici del Distretto, con i quali saranno stipulati appositi accordi a livello regionale ed aziendale.

AREA RIABILITATIVA

L'area riabilitativa è dimensionata per 20 posti letto di riabilitazione extra- ospedaliera, di cui n. 10 posti per la riabilitazione estensiva e n. 10 posti per quella di mantenimento. Le camere saranno a 2 posti letto e organizzate in modo da garantire e l'accesso e il movimento delle lettighe e delle carrozzine ed i servizi igienici saranno stati organizzati per la non autosufficienza.

L'area riabilitativa sarà completata da una palestra, ambulatori e da box, adeguatamente attrezzati per il trattamento di recupero della disabilità del paziente,

CONSULTORIO

I Consultori Familiari, organismi per la tutela della salute della donna, dell'infanzia e della famiglia e per l'assistenza alla maternità, saranno trasferiti nei locali, già utilizzati dal reparto di ginecologia.

AMBULATORIO CHIRURGICO

Per le attività di chirurgia ambulatoriale, è prevista:

- una zona preparazione operatori, con spazi, separati dal locale chirurgico, per spogliatoio e per la preparazione;
- una zona preparazione paziente, con uno spazio da adibire a spogliatoio per l'utente che debba subire un atto chirurgico;
- locale visita (un locale adibito a studio medico per visita o medicazione che deve immettersi nel locale adibito agli atti operatori);
- locale chirurgico;
- zona sosta paziente dopo l'intervento;
- deposito materiale sterile e strumentario chirurgico;
- un locale per la sterilizzazione che può essere in comune con lo spazio per la preparazione del personale sanitario all'atto chirurgico;
- un locale per l'esecuzione degli esami di indagini diagnostiche ecografiche, con annesso spazio spogliatoio per gli utenti e servizio igienico dedicato ed adiacente.

SEZIONE DISTACCATA DI CERRO AL VOLTURNO

Nel comune di Cerro al Volturno sarà realizzata una sezione staccata della casa della Salute di Venafro, attivando un modulo a bassa intensità.

Sono previsti ambulatori di assistenza specialistica, preposti alla erogazione di prestazioni sanitarie, come di seguito specificate:

- Ambulatorio di ginecologia e ostetricia;
- Ambulatorio di odontoiatria;
- Ambulatorio di oculistica;
- Ambulatorio di cardiologia e reumatologia;
- Ambulatorio di ortoscopia;
- Ambulatorio di guardia medica;
- .Servizio di Emergenza Urgenza 118;

Nella struttura troverà sede anche una *Unità Complessa delle Cure Primarie (UCCP)*: Gruppi di Medici convenzionati MMG, PLS, MCA, Specialisti e altri Professionisti sanitari convenzionati, con eventuali altri operatori, per garantire i LEA, presa in carico dell'utente, integrazione socio-sanitaria, passaggio alla medicina d'iniziativa, assistenza h. 24 die e 7 gg. su 7.

EX Ospedale "VIETRI" di Larino – CASA DELLA SALUTE -

L'ex P.O. "Vietri" sarà riconvertito in una Struttura Sanitaria Territoriale con l'attivazione dei punti di Primo intervento, gestiti dal personale 118 attraverso le postazioni medicalizzate. La struttura darà dotata di:

- n.10 posti letto di riabilitazione extra- ospedaliera intensiva, di cui n. 10 posti per la riabilitazione estensiva e n. 10 posti per la riabilitazione di mantenimento;
- n.30 posti letto di riabilitazione extra- ospedaliera, di cui n. 15 posti per la riabilitazione estensiva e n. 15 posti per la riabilitazione di mantenimento;
- n. 40 posti letto di RSA
- n. 10 posti letto per la cura dell'Alzheimer;
- n. 15-20 posti letto gestiti da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai MMG o dai PLS o da altri medici dipendenti o convenzionati con i SSN;
- n . 1 punto di primo intervento che sarà poi sostituito, così come previsto dal D.M. n. 70/2015, da una postazione medicalizzata del 118;
- attività ambulatoriale anche a carattere chirurgico;
- altri servizi territoriali e socio-sanitari;
- n. 16 posti letto Hospice:

Casa della Salute (UCCP/AFT) per i medici di medicina generale e i pediatri, PUA, Sportello CUP, Poliambulatorio specialistico, Punto Prelievo, Ambulatorio infermieristico, Area materno-infantile, Area integrazione socio-sanitaria).

Pur essendo prevista la disattivazione delle funzioni di assistenza ospedaliera per l'acuzie, saranno temporaneamente mantenuti 20 posti letto di lungodegenza appartenenti allo stabilimento di Termoli. Tali posti letto saranno successivamente trasferiti all'Ospedale di Termoli entro il 31.12.2017, in modo da poter dedicare l'intero Ospedale di Larino all'assistenza territoriale.

PRIMO LIVELLO

A questo livello sarà mantenuto il servizio di nefrodialisi e quello territoriale di diabetologia.

SECONDO LIVELLO

Il piano primo avrà funzioni logistiche, amministrative e di front office e di back office.

Adiacente l'atrio d'ingresso della struttura sarà posizionato il Centro Unico Prenotazioni (CUP), la Porta Unica di Accesso (PUA), ed i locali per la direzione del distretto e per gli uffici amministrativi.

Nell'area destinata alle attività sanitarie sarà ubicato il 118 e la continuità assistenziale, oltre ad un ambulatorio medico-chirurgico da utilizzare per un primo intervento medico in caso di: patologie diagnosticate ed ingravescenti, malesseri non ben definiti, piccoli atti medico-chirurgici, diagnostica strumentale semplice o per la stabilizzazione del paziente prima del trasporto in ospedale.

Nel medesimo livello saranno, inoltre, situati gli spazi per la farmacia e la distribuzione diretta dei farmaci, la cucina, la lavanderia. Per questi servizi l'articolazione interna consente percorsi distinti dei materiali in entrata e in uscita, con accessibilità dall'esterno autonoma, rispetto al sistema dei percorsi generali del presidio. Per la lavanderia, sono previsti ambienti e percorsi diversificati a secondo delle funzioni. Linea sporco: raccolta, cernita e lavaggio della biancheria. Linea pulito: asciugatura, rammendo, stiratura ed il deposito della biancheria pulita.

Sempre allo stesso piano è prevista la realizzazione di un bar e di un punto di ristoro.

In un'area perimetrale del fabbricato, con ingresso completamente indipendente, sarà posta la camera mortuaria, con i relativi ambienti di supporto.

- Camera iperbarica

la camera iperbarica, attualmente posta nei locali ipogei del vecchio Distretto Sanitario di Larino, sarà trasferita in quelli di recente costruzione situati presso la ex struttura ospedaliera.

PIANO SECONDO

Al secondo livello, che avrà funzioni prettamente sanitarie, saranno ubicati:

- l'Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP), che dovrà garantire, attraverso gli MMG ed i PLS, ed i medici specialisti, le prestazioni assistenziali della medicina generale, i locali ed i locali necessari per il punto prelievo.
- i locali per il punto prelievo e la raccolta sangue;
- l'ospedale di comunità da 20 posti letto per il ricovero di pazienti in particolari condizioni di fragilità socio-sanitaria che richiedono di essere assistiti in un ambiente maggiormente protetto;
- una Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.) da 40 posti letto con annesso un centro per malati di Alzheimer, costituito da un nucleo da 10 posti letto in regime residenziale e 10 unità in regime semiresidenziale;
- un'area ambulatoriale con ambulatori di assistenza specialistica di diagnosi e cura;

- un servizio di diagnostica per immagini;
- un'area riabilitativa dimensionata per 30 posti letto, di specialistica ex art 26, di cui n. 10 posti per la riabilitazione estensiva e n. 20 posti per la riabilitazione di mantenimento;
- un Consultorio Familiare per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- Un centro per bambini autistici.

nella tabella successiva sono riportati i costi per l'adeguamento delle due strutture

Struttura Ospedaliera da riconvertire	Struttura di Venafro e sezione di Cerro al Volturno	Struttura di Larino	Totale
Adeguamento sismico	13.000.000,00	26.000.000,00	39.000.000,00
Adeguamento funzionale	1.000.000,00	1.000.000,00	2.000.000,00
Distretto e Casa della salute	2.500.000,00	2.000.000,00	4.500.000,00
TOTALE	16.500.000,00	29.000.000,00	45.500.000,00

RISTRUTTURAZIONE DEI POLIAMBULATORI IN CASA DELLA SALUTE

La Regione ha intenzione di procedere all'attivazione delle 8 Case della Salute che derivano dalla riqualificazione ed ammodernamento delle attuali strutture dei Poliambulatori e precisamente:

- Poliambulatorio di Isernia
- Poliambulatorio di Montenero di Bisaccia
- Poliambulatorio di Frosolone
- Poliambulatorio di Castelmauro
- Poliambulatorio di Trivento
- Poliambulatorio di Termoli
- Poliambulatorio di Bojano
- Poliambulatorio di Sant. Elia a Pianisi

Il modello organizzativo delle Case della Salute, prevede la presenza di attività di base, necessarie a garantire l'assistenza territoriale del paziente. Tali attività vengono di seguito specificate:

- Postazioni del 118 per garantire le attività di primo intervento;
- UCCP/AFT per i medici generali e i pediatri;
- PUA
- Sportello CUP;
- Poliambulatorio specialistico;
- Punto prelievo;
- Ambulatorio infermieristico;
- Posti letto a bassa intensità (a gestione infermieristica);
- Area materno infantile;
- Area integrazione socio-saniatria;

Le strutture che svolgono attività di assistenza in regime di ricovero a ciclo continuativo e diurno, devono disporre almeno dei seguenti servizi e locali:

- Servizio di accettazione;
- Locali di soggiorno ed attesa;
- Locali per la direzione sanitaria e amministrativa;

- Servizi per il pubblico ed il personale interno;
- Locali/spazi attrezzati per le centrali tecnologiche: termica, idrica, elettrica e telefonica, di sistemi antincendio e di eventuale condizionamento.

Postazione 118

I locali destinati al servizio del 118 per garantire il primo intervento, sono situati in modo da essere facilmente raggiungibile direttamente dall'esterno.

Il punto di Primo Intervento dev'essere in grado di garantire la stabilizzazione del paziente in fase critica attivando, tramite C.O. 118, il trasporto presso l'ospedale più idoneo secondo protocolli definiti e un primo intervento medico in caso di: patologie diagnosticate ed ingravescenti, malesseri non ben definiti, piccoli atti medico-chirurgici, diagnostica strumentale semplice.

Le attività di Primo intervento, servizio del 118 dispongono della seguente dotazione di ambienti:

- Un ambiente per l'attesa in comune;
- Uno o più ambulatori per visita;
- Un locale per la centrale operativa,
- Un ambiente di soggiorno con annessa tisaneria;
- Tre locali per lo stazionamento del personale 118;
- Servizi igienici, distinti per personale ed utenti;
- Due locali per l'ambulatorio infermieristico;
- Depositi.

UCCP/AFT per i Medici Generali e i Pediatri

I locali e gli spazi destinati per l'attività dei M.M.G. e i pediatri, è la seguente:

- N. 3 locali per l'esecuzione delle prestazioni, che garantiscono il rispetto della privacy dell'utente, in particolare con spazio da adibire a spogliatoio;
- Locali per l'attesa, l'accettazione e le attività amministrative;
- Servizi igienici per il personale;
- Locale spogliatoio;
- Servizio igienico per gli utenti limitrofo alla sala d'attesa;
- Locali per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni e il materiale per la pulizia.

PUA

La P.U.A. si articola su due livelli di competenze:

- una operativa, che svolge prevalentemente le attività di front-office;
- ed una macro-organizzativa/gestionale, che assicura le attività di back-office, garantendo, tra l'altro, attraverso il monitoraggio, una ri-programmazione congiunta dell'offerta territoriale dei servizi.

I punti di accesso garantiscono la facile raggiungibilità e posseggono adeguati requisiti strutturali e tecnologici per assicurare in termini efficienti ed efficaci lo svolgimento delle proprie funzioni.

Nello specifico avranno la seguente dotazione minima:

- Locale dedicato alle attività di front office in cui siano svolte le funzioni di accoglienza e ascolto del bisogno, dotati di strumenti idonei per la comunicazione telefonica e informatica, nonché per la raccolta e l'archiviazione delle informazioni;
- Spazi maggiormente riservati per colloqui e prima valutazione del caso;
- Locali di back office per l'accompagnamento delle istanze e per il collegamento con i servizi e la Funzione di Coordinamento.

Sportello CUP

Il Centro Unico di Prenotazione (CUP) è un ufficio amministrativo in ambito sanitario, sarà ben visibile dall'entrata principale oppure immediatamente raggiungibile dall'area di accoglienza, comunque fuori dal passaggio.

Nello specifico avranno la seguente dotazione minima:

- Locale dedicato alle attività di prenotazione;
- Locale con destinazione amministrativa e di coordinamento non pubblica, nella parte retrostante le postazioni di prenotazione, oppure in area immediatamente contigua;
- Servizi igienici distinti per gli operatori;
- Locale spogliatoio per il personale

Punto Prelievo e Raccolta Sangue

Gli ambienti destinati all'attività dovranno avere la seguente dotazione minima:

- Area di attesa dotata di servizi igienici dedicati all'utenza ambulatoriale;
- Locale per il prelievo, che consenta il rispetto della privacy dell'utente;
- Locale per le attività di accettazione, amministrazione, archiviazione e consegna dei referti;
- Servizi igienici distinti per gli operatori;
- Locale spogliatoio per il personale;

Il servizio di raccolta sangue viene eseguito da un'equipe medica itinerante, proveniente dal SIT a cui afferisce la sede di raccolta extra-ospedaliera, provvede allo stoccaggio di materiali e dispositivi da impiegare ed assicura il trasporto dei rifiuti speciali presso l'Ospedale di riferimento per il relativo trattamento.

Area Ambulatoriale

Sono previsti:

- *Ambulatori di Assistenza Specialistica*, preposti alla erogazione di prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione, nelle situazioni che non richiedono ricovero neanche a ciclo diurno.

I locali e gli spazi stabiliti per l'attività ambulatoriale è la seguente:

- Locale per l'esecuzione delle prestazioni, che garantisce il rispetto della privacy dell'utente, in particolare con spazio da adibire a spogliatoio;
- Locali per l'attesa, l'accettazione e le attività amministrative;
- Servizi igienici per il personale;
- Locale spogliatoio;

- Servizio igienico per gli utenti limitrofo alla sala d'attesa;
 - Locale per deposito di materiale sporco;
 - Locale per deposito di materiale pulito;
 - Locali per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni e il materiale per la pulizia.
- *Ambulatorio infermieristico.* I locali e gli spazi stabiliti per l'attività ambulatoriale è la seguente:
- locale per l'esecuzione delle prestazioni, che garantisce il rispetto della privacy dell'utente, in particolare con spazio da adibire a spogliatoio;
 - locali per l'attesa, l'accettazione e le attività amministrative;
 - servizi igienici per il personale;
 - locale spogliatoio;
 - servizio igienico per gli utenti limitrofo alla sala d'attesa;
 - locale per deposito di materiale sporco;
 - locale per deposito di materiale pulito;
 - locali per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni e il materiale per la pulizia.

Posti Letto a Bassa Intensità (a gestione Infermieristica)

La struttura offre una residenzialità temporanea, di norma per un massimo di trenta giorni, dopo la dimissione da strutture per acuti per completamento delle cure ovvero per situazioni cliniche non trattabili a domicilio, ma che non richiedono il ricorso a strutture ospedaliere per acuzie e post-acuzie e quindi, per favorire, attraverso un percorso assistenziale intermedio, il rientro a domicilio in condizioni adeguate e contrastare il fenomeno dei ricoveri ripetuti.

È stata prevista una capacità recettiva di 4 posti letto. Le camere sono da 2 letti e organizzate in modo da garantire la privacy di ogni singolo ospite e l'accesso e il movimento delle lettighe e delle carrozzine. I servizi igienici sono stati organizzati per la non autosufficienza.

Area Materno Infantile – Consultorio

I Consultori Familiari hanno come scopo la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia ed il servizio di assistenza alla famiglia e alla maternità.

Il Consultorio Familiare dispone di:

- locale per accoglienza utenti, segreteria informazioni;
- locali per visite ostetrico- ginecologiche, pediatriche, di neuropsichiatria infantile e di altri specialisti;
- locale per consulenza psicologica diagnostica e terapeutica e socio- legale;
- locali per visite ostetrico-ginecologiche, pediatriche, ecc.;
- locali per riunioni;
- spazi per le attività dei consulenti;
- spazi di attesa, accettazione, attività amministrative;
- servizi igienici distinti per utenti e personale di cui almeno uno accessibile alle persone disabili;
- spazio archivio.

Area Integrazione Socio-Sanitaria

Prestazioni ad elevata integrazione sanitaria : rientrano nei livelli essenziali di assistenza e sono poste a carico del fondo sanitario nazionale. Esse sono caratterizzate “dalla inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell’ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell’impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell’assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell’assistenza” e possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell’ambito di strutture residenziali e semiresidenziali.

Attengono prevalentemente alle aree:

- Materno infantile;
- Anziani;
- Handicap;
- Patologie psichiatriche;
- Dipendenza da droga, alcool e farmaci;
- Patologie per infezioni da hiv e patologie in fase terminale;
- Inabilità o disabilità, conseguenti da patologie croniche degenerative.

La fase di programmazione socio-sanitaria delle prestazioni sociali interessa una griglia di tipologie di servizi e prestazioni che devono essere programmate e realizzate per rispondere alle esigenze proprie delle aree di bisogno, come:

- Servizio sociale professionale e segretariato sociale;
- Servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;
- Assistenza domiciliare;
- Strutture residenziali e semi residenziali per soggetti con fragilità sociali;
- Centro di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

La recente legislazione sociale e sanitaria insiste molto sulla necessità della elaborazione di progetti assistenziali integrati e personalizzati, elaborati a livello distrettuale e fondati sulla valutazione multi-dimensionale e multi-disciplinare del bisogno complesso, sul concorso di più apporti professionali sociali e sanitari e sulla valutazione periodica dei risultati.

In particolare una programmazione congiunta dei servizi deve trovare accordo tra Ambiti e ASL sui seguenti elementi regolativi:

Elementi del processo decisionale

- Modalità di decisione sui livelli integrati: livelli di competenza decisionale e modalità di progettazione in merito alla quantità di servizi, alla tipologia di utenti, alla allocazione di risorse, alla localizzazione delle strutture di offerta;
- Autonomia decisionale in caso di dissenso sulla programmazione dei servizi;
- Modalità di controllo incrociato sociale/sanitario sulle decisioni programmatiche in materia di servizi integrati.

Elementi di Regolazione del Sistema di Erogazione

- Definizione dei criteri accesso ai servizi;
- Strumenti di valutazione integrati;

- Modalità di erogazione dei servizi.
- DIMENSIONAMENTO DEI SERVIZI
- Differenziazione dei servizi di erogazione secondo le effettive necessità di intervento sanitario e sociale presentate dagli utenti;
- Orientamento alla domiciliarizzazione dei servizi;
- Politiche di rinforzo della rete familiare.

Accreditamento

- Definizione degli standard;
- Modalità di regolazione del sistema di erogazione;
- Livello di governo del sistema.

Ciò è tanto più urgente e necessario per i servizi e gli interventi socio-sanitari per i quali è prevista la compartecipazione alla spesa tra SSN ed Enti Locali.

Le prestazioni sociosanitarie compartecipate

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

Si articolano in:

- Prestazioni domiciliari;
- Prestazioni semiresidenziali;
- Prestazioni residenziali

Gli interventi socio-sanitari che prevedono una compartecipazione alla spesa, in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale, sono di competenza congiunta dell’Azienda ASL e dei Comuni dell’Ambito:

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

da AIDS cura, riabilitazione e trattamenti farmacologici nelle fase di lungoassistenza in regime residenziale a favore di persone affette da AIDS.

Alcune Case della Salute presentano ulteriori attività a completamento dei servizi offerti, rispetto alle attività di base sopra elencate. Le attività aggiuntive sono di seguito elencate:

- *S.E.R.T.*;
- *Assistenza Domiciliare*;
- *Dipartimento di prevenzione*.

S.E.R.T.

Il SERT deve garantire adeguati livelli di sicurezza sia per gli utenti che per gli operatori e deve essere dotato di ambienti con dimensioni, arredi ed attrezzature idonee, in particolare:

- Locale per accoglienza utenti ed informazioni;
- Locale per l'attesa;
- Ambulatori medici per visite specialistiche e valutazioni diagnostico-prognostico-cliniche attinenti alle patologie trattate;
- Ambulatori per colloqui psicologici e di assistenza sociale;
- Locale per attività di gruppo;
- Locale per la conservazione dei farmaci con caratteristiche atte a garantire la sicurezza secondo le norme vigenti;
- Locale per segreteria amministrativa;
- Locale per riunioni e per permanenza degli operatori;
- Spazio archivio (garanzia riservatezza dati sensibili);
- Servizi igienici per utenti;
- Servizi igienici e spogliatoi per gli operatori.

Assistenza Domiciliare

L'assistenza domiciliare può essere definita come l'insieme coordinato di attività socio - sanitarie (mediche, infermieristiche, riabilitative, psicosociali, educative), integrate fra loro, rese al domicilio del paziente sulla base di criteri di eleggibilità clinici, sociali e di condizioni ambientali, secondo piani individuali, programmati per l'assistenza, definiti con la partecipazione delle diverse figure professionali coinvolte nella presa in carico, con l'apporto del medico di Medicina Generale (M.M.G.) e periodicamente verificate.

Tale assistenza in funzione delle condizioni del paziente può essere integrata con prestazioni socio assistenziali a carico dei comuni. Il servizio di assistenza domiciliare si può configurare come attività autonoma ovvero rappresentare una delle modalità di un percorso assistenziale più articolato che prevede l'erogazione degli interventi in regime residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare.

Il servizio AD dispone di una sede operativa adeguata all'organizzazione funzionale nonché al volume ed alla complessità dell'attività svolta.

La dotazione minima di ambienti della sede operativa è il seguente:

- uno spazio per attesa;

- un locale per accoglienza e per attività amministrative;
- un locale adibito alla direzione del servizio, utilizzabile anche per riunioni d'equipe;
- spogliatoi del personale, qualora lo stesso inizi il servizio dalla sede operativa;
- servizi igienici distinti per gli utenti attrezzato per la disabilità nel caso in cui il servizio sia aperto all'esterno;
- servizi igienici per il personale;
- un locale/spazio per deposito del materiale pulito, con armadi per i materiali d'uso, strumentazione, farmaci e dispositivi medici;
- un locale per il deposito del materiale sporco, con uno spazio delimitato, adibito al lavaggio ed alla sterilizzazione dei ferri, laddove non viene utilizzato solo materiale a perdere monouso.

Dipartimento di Prevenzione

Direzione Dipartimento

Area Medica

- Igiene degli alimenti e nutrizione;
- Igiene e Sanità Pubblica;
- Medicina Legale;
- Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro;
- Igiene degli alimenti e nutrizione
- Medicina legale e del lavoro

Area Veterinaria

- Sanità Animale - Area A;
- Igiene degli alimenti di origine animale - Area B;
- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche - Area C.

Dopo aver espresso un'attenta analisi di tutte le attività che devono essere presenti nelle strutture dedicate alle Case della Salute, presenti sul territorio Molisano, a seguire verranno prese in considerazione le singole strutture che pur mantenendo la sequenza di attività che sono state sopra descritte, si differenziano per la presenza, di Ambulatori specialistici ed ulteriori servizi, come di seguito specificati:

Casa della Salute di Isernia:

Sono previsti ambulatori di assistenza specialistica, preposti alla erogazione di prestazioni sanitarie, come di seguito specificate:

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| ▪ Ambulatorio di dermatoscopia; | ▪ Ambulatorio di fisiatria; |
| ▪ Ambulatorio di diabetologia; | ▪ Ambulatorio odontoiatria; |
| ▪ Ambulatorio di oculistica; | ▪ Ambulatorio di otorinolaringoiatra; |
| ▪ Ambulatorio di urologia; | ▪ Ambulatorio di cardiologia; |
| ▪ Ambulatorio di neurologia | ▪ Ambulatorio di chirurgia vascolare; |
| ▪ Ambulatorio di reumatologia; | ▪ Ambulatorio di ecografia. |

E' previsto il servizio S.E.R.T. che garantisce interventi medici e psicosociali per tutti coloro che sono coinvolti nel problema della dipendenza da sostanze.

E' prevista anche il servizio del *Dipartimento di Prevenzione*, che ha il compito di individuare e contrastare i fattori di rischio che possono nuocere alla salute, con l'obiettivo della promozione della salute, della prevenzione delle malattie, del miglioramento della qualità della vita e del benessere animale e della sicurezza alimentare.

Nella struttura troverà sede anche una *Unità Complessa delle Cure Primarie (UCCP)*: Gruppi di Medici convenzionati MMG, PLS, MCA, Specialisti e altri Professionisti sanitari convenzionati, con eventuali altri operatori, per garantire i LEA, presa in carico dell'utente, integrazione socio-sanitario, passaggio alla medicina d'iniziativa, assistenza h. 24 die e 7 gg. su 7.

Casa della Salute di Frosolone

Sono previsti ambulatori di assistenza specialistica, preposti alla erogazione di prestazioni sanitarie, come di seguito specificate:

- Ambulatorio di urologia;
- Ambulatorio di cardiologia;
- Ambulatorio di oculistica;
- Ambulatorio di neurologia;

Nella struttura troverà sede anche una *Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP)*: Gruppi di Medici convenzionati MMG, PLS, MCA, Specialisti e altri Professionisti sanitari convenzionati, con eventuali altri operatori, per garantire i LEA, presa in carico dell'utente, integrazione socio-sanitario, passaggio alla medicina d'iniziativa, assistenza h. 24 die e 7 gg. su 7.

Casa della Salute di Trivento

Sono previsti ambulatori di assistenza specialistica, preposti alla erogazione di prestazioni sanitarie, come di seguito specificate:

- Ambulatorio di chirurgia generale;
- Ambulatorio di dermatologia;
- Ambulatorio di urologia;
- Ambulatorio dei prelievi;
- Ambulatorio di ortottista;
- Ambulatorio di radiologia;
- Ambulatorio di oculistica;
- Ambulatorio di endocrinologia ;
- Ambulatorio di diabetologia;
- Ambulatorio di cardiologia;
- Ambulatorio di fisioterapia;
- Ambulatorio di otorinolaringoiatria;
- Ambulatorio di pneumologia.

Al piano terra della struttura troverà sede anche una *Unità Complessa delle Cure Primarie (UCCP)*: Gruppi di Medici convenzionati MMG, PLS, MCA, Specialisti e altri Professionisti sanitari convenzionati, con eventuali altri operatori, per garantire i LEA, presa in carico dell'utente, integrazione socio-sanitario, passaggio alla medicina d'iniziativa, assistenza h. 24 die e 7 gg. su 7.

Casa della Salute di Bojano

Sono previsti ambulatori di assistenza specialistica, preposti alla erogazione di prestazioni sanitarie, come di seguito specificate:

- Ambulatorio di dermatologia;
- Ambulatorio di malattie infettive;

- Ambulatorio di otorinolaringoiatra;
- Ambulatorio di senologia;
- Ambulatorio di chirurgia vascolare;
- Ambulatorio di ortopedia;
- Ambulatorio di urologia;
- Ambulatorio di chirurgia generale;
- Ambulatorio di cardiologia;
- Ambulatorio di diabetologia;
- Ambulatorio di endocrinologia;
- Ambulatorio di fisiatria;
- Ambulatorio di foniatría;
- Ambulatorio di oculistica;
- Ambulatorio di odontoiatria;
- Ambulatorio di ostetricia e ginecologia;
- Ambulatorio di pneumologia;
- Ambulatorio di audiometria;
- Ambulatorio di igiene dentale;
- Ambulatorio di fisioterapia;
- Ambulatorio di optometria;
- Ambulatorio di terapia iniettiva.

Al piano primo della struttura troverà sede anche l' *Unità Complessa delle Cure Primarie (UCCP)*: Gruppi di Medici convenzionati MMG, PLS, MCA, Specialisti e altri Professionisti sanitari convenzionati, con eventuali altri operatori, per garantire i LEA, presa in carico dell'utente, integrazione socio-sanitario, passaggio alla medicina d'iniziativa, assistenza h. 24 die e 7 gg. su 7.

Casa della Salute di Montenero di Bisaccia

Sono previsti ambulatori di assistenza specialistica, preposti alla erogazione di prestazioni sanitarie, come di seguito specificate:

- Ambulatorio di pediatria;
- Ambulatorio di odontoiatria;
- Ambulatorio di otorinolaringoiatra;
- Ambulatorio di diabetologia;
- Ambulatorio di oculistica;
- Ambulatorio di ortopedia;
- Ambulatorio di radiologia;
- Ambulatorio di dermatologia;
- Ambulatorio di fisioterapia;
- Ambulatorio di ecodopler;
- Ambulatorio di neurologia;
- Ambulatorio di cardiologia;
- Ambulatorio di endocrinologia;
- Ambulatorio di gastroenterologia;
- Ambulatorio di ginecologia;
- Ambulatorio di psichiatria;
- Ambulatorio di reumatologia;
- Ambulatorio di assistenza integrativa;
- Ambulatorio di urologia;
- Ambulatorio per vaccinazioni.

Al piano terra sarà ubicata l'*Unità Complessa delle Cure Primarie (UCCP)*: Gruppi di Medici convenzionati MMG, PLS, MCA, Specialisti e altri Professionisti sanitari convenzionati, con eventuali altri operatori, per garantire i LEA, presa in carico dell'utente, integrazione socio-sanitario, passaggio alla medicina d'iniziativa, assistenza h. 24 die e 7 gg. su 7.

Casa della Salute di Castelmauro

Sono previsti ambulatori di assistenza specialistica, preposti alla erogazione di prestazioni sanitarie, come di seguito specificate:

- Ambulatorio di ginecologia e ostetricia;
- Ambulatorio di odontoiatria;
- Ambulatorio di oculistica;
- Ambulatorio di cardiologia e reumatologia;

- Ambulatorio di ortoscopia;
- Ambulatorio di guardia medica.

Nella struttura troverà sede anche una *Unità Complessa delle Cure Primarie (UCCP)*: Gruppi di Medici convenzionati MMG, PLS, MCA, Specialisti e altri Professionisti sanitari convenzionati, con eventuali altri operatori, per garantire i LEA, presa in carico dell'utente, integrazione socio-sanitario, passaggio alla medicina d'iniziativa, assistenza h. 24 die e 7 gg. su 7.

Casa della Salute di Termoli

Sono previsti ambulatori di assistenza specialistica, preposti alla erogazione di prestazioni sanitarie, come di seguito specificate:

- | | |
|---|--|
| ▪ Ambulatorio di cardiologia; | ▪ Ambulatorio di Pediatria; |
| ▪ Ambulatorio di dermatologia; | ▪ Ambulatorio di Ostetricia e ginecologia; |
| ▪ Ambulatorio di urologia; | ▪ Ambulatorio di endocrinologia; |
| ▪ Ambulatorio di Medicina Interna; | ▪ Ambulatorio di Medicina dello sport; |
| ▪ Ambulatorio di neurologia; | ▪ Ambulatorio di fisioterapia; |
| ▪ Ambulatorio di oculistica; | ▪ Ambulatorio di Igiene; |
| ▪ Ambulatorio di odontoiatria; | ▪ Ambulatorio di psicologia clinica; |
| ▪ Ambulatorio di ortopedia e traumatologia; | ▪ Ambulatorio di reumatologia; |
| ▪ Ambulatorio di otorinolaringoiatria; | |

E' previsto il servizio S.ER.T. che garantisce interventi medici e psicosociali per tutti coloro che sono coinvolti nel problema della dipendenza da sostanze.

E' previsto anche il servizio del *Dipartimento di Prevenzione*, che ha il compito di individuare e contrastare i fattori di rischio che possono nuocere alla salute, con l'obiettivo della promozione della salute, della prevenzione delle malattie, del miglioramento della qualità della vita e del benessere animale e della sicurezza alimentare.

Nella struttura troverà sede anche una *Unità Complessa delle Cure Primarie (UCCP)*: Gruppi di Medici convenzionati MMG, PLS, MCA, Specialisti e altri Professionisti sanitari convenzionati, con eventuali altri operatori, per garantire i LEA, presa in carico dell'utente, integrazione socio-sanitario, passaggio alla medicina d'iniziativa, assistenza h. 24 die e 7 gg. su 7.

Centro Territoriale Ex Ospedale Cardarelli Campobasso

L'ex P.O. "Cardarelli" di Campobasso sarà riconvertito in una Struttura Sanitaria Territoriale - Ospedale di Comunità.

La riconversione dello stabilimento "Cardarelli" di Campobasso, prevede:

- n. 20 posti letto di Unità di Degenza Infermieristica;
- Un Centro di diagnostica per immagini territoriale;
- postazione di continuità assistenziale;
- attività ambulatoriale anche a carattere chirurgico complesso;

- Casa della Salute (UCCP/AFT) per i medici di medicina generale e i pediatri, PUA, Sportello CUP, Poliambulatorio specialistico, Punto Prelievo, Ambulatorio infermieristico, Area materno-infantile, Area integrazione socio-sanitaria)

Sono previsti ambulatori di assistenza specialistica, preposti alla erogazione di prestazioni sanitarie, come di seguito specificate:

- | | |
|--|--|
| ▪ Ambulatorio di radiologia; | ▪ Ambulatorio di chirurgia vascolare; |
| ▪ Ambulatorio di malattie infettive; | ▪ Ambulatorio di dermatologia; |
| ▪ Ambulatorio di igiene dentale; | ▪ Ambulatorio di endocrinologia; |
| ▪ Ambulatorio di terapia iniettiva; | ▪ Ambulatorio di fisioterapia; |
| ▪ Ambulatorio di urologia; | ▪ Ambulatorio di oculistica; |
| ▪ Ambulatorio di neurologia; | ▪ Ambulatorio di odontoiatria; |
| ▪ Ambulatorio di fibrosi cistica; | ▪ Ambulatorio di ortopedia; |
| ▪ Ambulatorio di medicina dello sport; | ▪ Ambulatorio di ginecologia; |
| ▪ Ambulatorio di cardiologia; | ▪ Ambulatorio di otorinolaringoiatria; |
| ▪ Ambulatorio di chirurgia generale; | ▪ Ambulatorio di pneumologia; |
| ▪ Ambulatorio di chirurgia plastica; | ▪ Ambulatorio di reumatologia. |

E' previsto il servizio S.E.R.T. che garantisce interventi medici e psicosociali per tutti coloro che sono coinvolti nel problema della dipendenza da sostanze.

E' previsto anche il servizio del *Dipartimento di Prevenzione*, che ha il compito di individuare e contrastare i fattori di rischio che possono nuocere alla salute, con l'obiettivo della promozione della salute, della prevenzione delle malattie, del miglioramento della qualità della vita e del benessere animale e della sicurezza alimentare.

Nella struttura troverà sede anche una *Unità Complessa delle Cure Primarie (UCCP)*: Gruppi di Medici convenzionati MMG, PLS, MCA, Specialisti e altri Professionisti sanitari convenzionati, con eventuali altri operatori, per garantire i LEA, presa in carico dell'utente, integrazione socio-sanitaria, passaggio alla medicina d'iniziativa, assistenza h. 24 die e 7 gg. su 7.

Ristrutturazione e adeguamento del poliambulatorio di Sant'Elia a Pianisi

L'intervento prevede la ristrutturazione e la riconversione di un fabbricato di proprietà comunale che sarà ceduto all'ASREM in comodato d'uso. L'immobile sarà trasformato in poliambulatorio. All'interno dello stesso sono previsti ambulatori di assistenza specialistica, preposti alla erogazione di prestazioni sanitarie, come di seguito specificate:

Sono previsti ambulatori di assistenza specialistica, preposti alla erogazione di prestazioni sanitarie, come di seguito specificate:

- Ambulatorio di ginecologia e ostetricia;
- Ambulatorio di odontoiatria;
- Ambulatorio di oculistica;
- Ambulatorio di cardiologia e reumatologia;
- Ambulatorio di ortoscopia;
- Ambulatorio di guardia medica.

Nella struttura troverà sede anche una *Unità Complessa delle Cure Primarie (UCCP)*: Gruppi di Medici convenzionati MMG, PLS, MCA, Specialisti e altri Professionisti sanitari convenzionati, con eventuali altri operatori, per garantire i LEA, presa in carico dell'utente, integrazione socio-sanitario, passaggio alla medicina d'iniziativa, assistenza h. 24 die e 7 gg. su 7.

Riconversione Poliambulatori - Tempi e costi di riconversione dei Poliambulatori in Casa della Salute

Strutture	Costo opere edili	Fonti di finanziamento
Castelmauro	500.000,00	Art.20 l. 67/88
Trivento	500.000,00	Art.20 l. 67/88
Frosolone	500.000,00	Art.20 l. 67/88
Bojano	500.000,00	Art.20 l. 67/88
Montenero di Bisaccia	500.000,00	Art.20 l. 67/88
Isernia	1.500.000,00	Art.20 l. 67/88
S. Elia a Pianisi	1.000.000,00	Art.20 l. 67/88
Campobasso	6.000.000,00	Art.20 l. 67/88
Termoli	2.000.000,00	Art.20 l. 67/88
TOTALE	13.000.000,00	

Realizzazione di un Centro di Salute mentale a Isernia.

L'intervento è relativo alla realizzazione di uno stabile da adibire a Centro di Salute Mentale ad Isernia.

L'immobile sarà costruito ex novo in un'area di proprietà dell'ASREM.

Adeguamento e messa a norma del Centro di Salute Mentale di Campobasso

L'intervento prevede la ristrutturazione, l'adeguamento e la messa a norma del Centro di Salute Mentale di Campobasso. Saranno eseguiti lavori di ristrutturazione del primo livello del fabbricato per la realizzazione degli ambienti di integrazione socio-sanitaria, il ripristino del manto di copertura del fabbricato, la sistemazione delle zone di accesso alla struttura sanitaria e puntuali lavori di manutenzione straordinaria.

Acquisto apparecchiature elettromedicali

Le apparecchiature che si prevede di acquistare sono riferite all'ambito ordinario del servizio sanitario quali:

- Grandi Apparecchiature: Tac, Risonanze ecc, per un costo complessivo di € 11.583.388,59;
- Diagnostica per immagini di media e bassa tecnologia: telecomandati, ecodoppler, ecografi, ecc. per un costo complessivo di € 5.000.000,00;
- Attrezzature per il territorio, riuniti oculistici ed odontoiatrici, ecc, per un costo complessivo di € 1.000.000,00
- Robotica, attrezzature per le sale operatorie, sale emodinamica, ecc, per un costo complessivo di € 6.000.000,00;
- Attrezzature Pronto Soccorso, Sala Parto, Terapia Intensiva, ecc, per un costo complessivo di € 2.000.000,00;

- Attrezzature ospedaliere: letti elettrici, attrezzatura per riabilitazione, ecc, per un costo complessivo di € 1.000.000,00.

Acquisto auto mediche.

L'intervento prevede l'acquisto delle auto mediche in sostituzione delle attuali obsolete.

Casacalenda – Percorso Riabilitativo Saniatrio

E' previsto, in agro del comune di Casacalenda, la realizzazione di un un percorso ippoterapico e riabilitativo sanitario, dedicato a pazienti con disabilità psicofisica.

Residenza Protetta Poggio Sannita

Un modula da 30 posti letto di Residenza protetta per anziani sarà realizzato dall'ASREM nel comune di Poggio Sannita. L'intervento sarà realizzato in una area montana, di difficile accesso, sita nei pressi del comune di Agnone con una elevata popolazione di anziani.

B2.a)4 OFFERTA POST OPERAM

La realizzazione degli interventi proposti nel presente programma porterà principalmente al perseguimento dei seguenti obiettivi:

- Riqualficazione dell'attività di assistenza regionale riducendo il ricorso all'ospedale;
- Ammodernamento ed adeguamento ai requisiti strutturali, tecnologici, impiantistici e messa a norma e in sicurezza del patrimonio sanitario regionale per il raggiungimento dei requisiti autorizzativi di accreditamento di cui al D.P.R. 14/01/1997 e alla D.G.R. Lombardia 6 agosto 1998;
- Miglioramento della qualità delle prestazioni e mantenimento dei livelli di assistenza attraverso il potenziamento e la modernizzazione del patrimonio dei dispositivi sanitari (attrezzature ed apparecchiature) con ricadute positive anche sulla sicurezza delle cure e sui costi del servizio sanitario (adeguamento alle attuali attese di sicurezza, comfort e affidabilità);
- Razionalizzazione dei costi di manutenzione delle strumentazioni e delle strutture;
- Qualificazione, razionalizzazione e potenziamento della rete di assistenza sanitaria territoriale;
- Miglioramento e razionalizzazione della rete socio-sanitaria.

B2).b COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA

B2.b.1 RELAZIONE E COMPLEMENTARIETÀ TRA LE PRIORITÀ

La Regione Molise reputa prioritario l'intervento di integrazione Ospedale Cardarelli – Fondazione Giovanni Paolo II.

Rivestono altresì di particolare importanza gli interventi di riconversione degli ospedali di Larino e di Venafro e quelli tesi all' ammodernamento ed adeguamento ai requisiti strutturali, tecnologici, impiantistici, con particolare riferimento agli interventi di messa a norma e in sicurezza (prevenzione incendi, sicurezza elettrica e continuità elettrica, miglioramento della sicurezza e della salute nei luoghi di lavoro, superamento delle barriere architettoniche, bonifica dell'amianto) dei presidi ospedalieri, finalizzati al raggiungimento dei requisiti autorizzativi di accreditamento di cui al D.P.R. 14/01/1997 e alla legge regionale n. 18/2008

Nell'ambito degli interventi finalizzati alla riqualficazione e all'ammodernamento della rete territoriale, il presente Piano prevede, inoltre, significativi interventi volti alla trasformazione, al potenziamento e allo sviluppo della rete territoriale mediante la conversione degli attuali poliambulatori in Case della Salute, nonché interventi mirati al potenziamento e alla modernizzazione del patrimonio dei dispositivi sanitari (apparecchiature e attrezzature) e all'ammodernamento dei sistemi informatici.

B2).b..2 ANALISI DEI RISCHI

L'analisi SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) evidenzia i punti di forza e di debolezza del Programma ossia permette di elaborare una sorta di monitoraggio finalizzato alla realizzazione degli obiettivi programmati con il piano, tenendo sotto controllo le criticità bilanciandole con i punti di forza .

Nello specifico l'analisi SWOT comprende le seguenti variabili interne: punti di forza (strengths) e punti di debolezza (weaknesses), sulle quali è possibile intervenire, e le seguenti variabili esterne: opportunità (opportunities) e minacce (threats), che è necessario monitorare per poter mettere in atto azioni correttive prima che venga compromessa la finalità del progetto.

Il presente programma evidenzia punti di forza, che rafforzano gli obiettivi, ed alcuni punti di debolezza e di rischio che verranno monitorati anche nella fase successiva alla realizzazione dell'intervento, al fine di valutarne gli effetti nel lungo periodo.

C2 - ANALISI S.W.O.T.

<p style="text-align: center;">PUNTI DI FORZA (Strenght)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo e potenziamento della rete sul territorio: costituita sia da presidi pubblici sia da presidi privati che da strutture territoriali (in particolare distretti, poliambulatori) che agiscono in sinergia tra di loro, in un sistema integrato, per offrire una scelta più ampia all'utenza. • Messa a norma e in sicurezza dei presidi ospedalieri 	<p style="text-align: center;">PUNTI DI DEBOLEZZA (Weakness)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notevole disomogeneità nelle procedure di alimentazione dei sistemi contabili e di controllo di gestione delle strutture sanitarie. • Carenze di figure professionali con competenze adeguate alle esigenze • Carenza di dati di attività/di produzione (con particolare riferimento al livello extraospedaliero e territoriale). • Resistenze al cambiamento da parte degli operatori. • Programma con elevato numero degli interventi che comporta: <ul style="list-style-type: none"> • a) una minore possibilità di realizzare progetti che impattino significativamente nella struttura dell'offerta; • b) dispersione dei finanziamenti con conseguente aumento dei costi di progettazione
<p style="text-align: center;">OPPORTUNITÀ ESTERNE (Opportunities)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perseguire gli obiettivi di continuità assistenziale e di integrazione della attività territoriali. • Contribuire al riequilibrio della mobilità sanitaria infraregionale • Rinnovare con principi di omogeneità ed equità l'offerta sanitaria dei dipartimenti di salute mentale • Migliorare in termini di maggiore efficienza e minore invasività gli esami effettuati con le grandi tecnologie 	<p style="text-align: center;">RISCHI ESTERNI (Threats)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Localismo e conflittualità, quali ostacoli che possono condizionare negativamente le possibili sinergie di progetto. • Reazioni delle categorie portatrici di interessi e delle popolazioni interessate agli interventi di razionalizzazione del SSR conseguenti le azioni di monitoraggio. • Integrazione dei sistemi e livelli di controllo (Rete Possibile aumento delle criticità nelle procedure di affidamento degli interventi • Possibile aumento del contenzioso con le imprese nella fase realizzativa degli interventi dei controllori).

B3. COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE NAZIONALI E REGIONALI

B3.a.1 COERENZA CON LE PRIORITÀ DEL QUADRO STRATEGICO NAZIONALE 2007- 2013

Il Quadro Strategico Nazionale 2007-2013, indirizza la politica regionale a obiettivi di produttività, competitività e innovazione da perseguire in tutto il Paese, in un'ottica di sviluppo sostenibile.

La proposta strategica rivolgere una forte attenzione alla centralità dell'uomo, alla qualità della vita, all'inclusione sociale, all'ambiente e alle pari opportunità, componenti e attivatori essenziali del potenziale di sviluppo e fattori decisivi di innovazione.

“La strategia assume quattro macro obiettivi:

- a) sviluppare i circuiti della conoscenza;
- b) accrescere la qualità della vita, la sicurezza e l’inclusione sociale nei territori;
- c) potenziare le filiere produttive, i servizi e la concorrenza;
- d) internazionalizzare e modernizzare l’economia, la società e le Amministrazioni – che dovranno costituire il riferimento costante per l’attuazione della politica regionale, per la scelta delle linee di intervento più adeguate ed efficaci, per orientare e qualificare l’azione della Pubblica Amministrazione, per valutare, durante il percorso, la qualità e la coerenza dell’azione pubblica”.

Il presente Accordo di Programma nasce in coerenza con le priorità del Quadro Strategico Nazionale ed in particolare con la Priorità 4 *“Inclusione sociale e servizi per la qualità della vita e l’attrattività territoriale”*, che prevede interventi di miglioramento della organizzazione e disponibilità e qualità dei servizi sociali.

Servizi rivolti principalmente alle fasce deboli della popolazione. Le donne, i bambini e i giovani, nonché le persone diversamente abili, le persone non autosufficienti e le persone in condizioni di povertà vengono individuati come i destinatari primari delle azioni.

L’inclusione sociale ma deve essere il frutto di una strategia, attuata con progetti integrati che abbiano al centro il cittadino beneficiario di pacchetti di servizi, nel nostro caso socio-sanitari, e deve assumere una forte connotazione territoriale e coinvolgere il più possibile i soggetti locali e i destinatari degli interventi, per ottimizzare gli effetti delle risorse aggiuntive sulla base delle specificità dei territori.

B3.a. 2 COERENZA CON GLI STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE

Gli interventi del programma trovano corrispondenza agli indirizzi e priorità che emergono dai principali documenti di programmazione sanitaria nazionale e regionale.

Tra le indicazioni previste dal Programma Operativo Straordinario, vengono individuate come prioritarie:

- il potenziamento dei servizi territoriali;
- l’innovazione e ammodernamento tecnologico volto a garantire prestazioni appropriate, tempestive ed adeguate ai bisogni di salute,
- la messa a norma delle strutture ai requisiti dalla normativa nazionale e regionale, anche in materia di accreditamento, per garantire adeguati standard di sicurezza nell’erogazione delle prestazioni sanitarie e migliorare i luoghi di cura e degenza in termini di confort alberghiero e di umanizzazione dei luoghi di cura,
- l’adeguamento e la definizione dell’organizzazione delle reti Ospedaliera, territoriale e sociosanitaria.

B3.b. SOSTENIBILITÀ DEGLI INTERVENTI

B3.b.1 analisi delle condizioni

Il P.O.S. della Regionale Molise ha fornito precisi indirizzi orientati alla riqualificazione delle reti ospedaliera, territoriale e sociosanitaria al fine di migliorarne la funzionalità e l’efficienza, e di renderle più coerente alle moderne esigenze di diagnosi e cura e, naturalmente, più idonea a soddisfare i bisogni sanitari e sociali dei cittadini.

Ha, inoltre, definito in modo chiaro le linee di intervento da intraprendere che sono così riassumibili:

- Riqualficazione e Razionalizzazione della rete ospedaliera: redistribuzione degli spazi all'interno delle strutture a seguito dell'applicazione dei nuovi standard, della chiusura degli ospedali di Venafro e di Larino ed alla progressiva rimodulazione dell'offerta sanitaria;

- Potenziamento e ammodernamento del parco tecnologico ed informatico: accrescere l'efficienza e l'efficacia delle offerte di prestazioni sanitarie al fine di adeguare la capacità di diagnosi e garantire complete condizioni di sicurezza per il paziente e per gli operatori;

- Miglioramento dell'umanizzazione e comfort alberghiero: creazione di ambienti con caratteristiche proprie dell'edilizia ed impiantistica sanitaria che assicurino accoglienza e confort;

- Ristrutturazione e potenziamento della rete territoriale: implementare un sistema regionale che permetta percorsi di cura integrati ospedale-territorio, nella certezza che la continuità e la prossimità delle cure sono elementi irrinunciabili per poter dare risposte adeguate ai bisogni complessi della popolazione

- Adeguamento alle norme di sicurezza: garantire ai cittadini la piena fruibilità in sicurezza dell'offerta sanitaria attraverso la messa a norma delle strutture sanitarie (antincendio e adeguamento antisismico delle strutture) ed adeguamento dell'impiantistica;

Intorno a questi indirizzi si è concretizzato un preciso programma di intervento strutturale e tecnologico che dovrà essere attuato mediante risorse derivanti dall'ex art. 20 della legge 67/88.

Il punto di forza dell'intero programma di rinnovamento è certamente la realizzazione dell'integrazione Ospedale Cardarelli – Fondazione Giovanni Paolo II sulla quale si impernia il massimo impegno regionale nell'intento di realizzare una struttura sanitaria all'avanguardia, funzionale, facilmente adattabili al mutare dei bisogni clinici e nei quali l'umanizzazione assume appropriate connotazioni di giusta attenzione all'ammalato.

Gli interventi previsti nel Programma sono stati oggetto di una complessiva verifica di sostenibilità. La metodologia usata ha previsto il coinvolgimento delle Aziende sanitarie con le quali sono state analiticamente effettuate verifiche sulla: - sostenibilità economico-finanziaria - sostenibilità amministrativa e gestionale - sostenibilità delle risorse umane - sostenibilità ambientale La sostenibilità di ogni singolo intervento è stata ricomposta con una logica di complementarità su scala regionale per dare conto dell'effettiva e complessiva sostenibilità del Programma

B.3.b.2 La sostenibilità economico-finanziaria

La sostenibilità economico-finanziaria è basata su una verifica delle risorse oggi a disposizione per gli investimenti, con una forte correlazione tra le risorse messe a disposizione dall'art. 20 della Legge n. 67/1988 e quelle che dovrà disporre la Giunta Regionale; è stata rapportata al bilancio pluriennale regionale in termini di copertura finanziaria necessaria alla realizzazione degli interventi e di spese generate dagli interventi stessi in corso di esercizio; ciò nella consapevolezza che le Aziende sanitarie hanno residue capacità di finanziamento per investimenti in conto capitale.

La verifica finanziaria del programma si è basata, pertanto, su una attenta valutazione del costo di ciascun intervento e della relativa copertura finanziaria.

Di tutti gli interventi, che costituiscono il programma, nessun intervento ha presentato la necessità finanziaria di somme aggiuntive a quelle statali e regionali (95% e 5%).

Ulteriori elementi di verifica della sostenibilità economico-finanziaria degli interventi del Programma sono state le valutazioni sui costi cessanti e sui costi emergenti derivanti dalla realizzazione degli interventi. Tra i costi cessanti vi sono :

- risparmi derivanti da cessate manutenzioni di strutture non più conformi agli standard normativi, strutturali e funzionali;
- risparmi dovuti alla riorganizzazione e razionalizzazione dei servizi attraverso l'integrazione a rete degli stessi;
- maggiore efficienza dovuta all'ammodernamento impiantistico/tecnologico;
- riduzione dei consumi energetici (i nuovi impianti consentono di sfruttare meglio l'energia con riduzione di utilizzo della stessa
- I costi emergenti si qualificano in:
 - aumento dei costi di manutenzione ordinaria e programmata che si verificheranno per le nuove strutture successivamente ai primi anni di vita,
 - costo del personale addetto al funzionamento delle nuove tecnologie),
 - aumento dei costi del materiale consumabile.

B3.b 3 Sostenibilità amministrativa e gestionale

La verifica della sostenibilità amministrativa è stata effettuata analizzando le procedure tecnico-amministrative necessarie alla cantierabilità degli interventi:

- Analisi dell'iter procedurale di ottenimento delle autorizzazioni
- Individuazione delle autorizzazioni necessarie alla realizzazione degli interventi;
- Individuazione dei vincoli interni ed esterni all'intervento;
- Individuazione delle procedure e della tempistica necessaria a superare gli eventuali vincoli ed ottenere le autorizzazioni necessarie alla cantierabilità del progetto;
- Individuazione dei costi ed alla relativa copertura finanziaria.

La verifica della sostenibilità gestionale è stata eseguita in merito agli interventi che prevedono:

- L'ammodernamento tecnologico relativo a nuove acquisizioni;
- La razionalizzazione e ottimizzazione della fruibilità da parte degli operatori e degli utenti;
- L'implementazione dell'offerta, in particolare per quanto riguarda la riconversione dei presidi ospedalieri e la creazione delle case della salute.

La sostenibilità gestionale è strettamente connessa alle politiche di sviluppo delle risorse umane per garantire una corretta programmazione delle risorse che serviranno sia alla gestione dell'offerta sanitaria post operam, sia nella conduzione delle nuove tecnologie.

B3.b 4 Sostenibilità di risorse umane

La sostenibilità della politica di gestione e sviluppo delle risorse umane, a livello di Servizio sanitario regionale, ha come obiettivo per l'Azienda Sanitaria Regionale l'impegno a ridurre la spesa complessiva per le risorse umane.

La sostenibilità del programma trova il suo fondamento nella logica di una razionale programmazione delle assunzioni, sostituzioni, turn-over accompagnata da percorsi formativi per qualificare, riqualificare il personale.

Il programma prevede la riorganizzazione e riqualificazione del personale esistente attraverso una diversa e razionale collocazione e distribuzione dei servizi.

La logica del programma è basata sulla rimodulazione degli spazi per una valorizzazione delle risorse umane oggi costrette a lavorare in ambienti vetusti, non solo sotto il profilo strutturale.

B3.b 5 Sostenibilità ambientale

L'insieme degli interventi del programma in argomento si inserisce in un contesto che vede la sostenibilità ambientale quale elemento importante per la programmazione delle politiche per la salute

La sostenibilità ambientale degli interventi inseriti nel programma, da un punto di vista più strettamente tecnico, prende a riferimento la normativa nazionale e regionale in materia di tutela ambientale ed uso razionale dell'energia.

Gli obiettivi di sostenibilità ambientale di questo programma possono essere riassunti:

- nella preferenza all'uso di materiali ecocompatibili per la realizzazione degli interventi,
- nella riduzione della qualità dei rifiuti pericolosi prodotti con la realizzazione dei nuovi interventi migliorandone nel contempo la gestione,
- nell'applicazione di requisiti minimi di prestazione energetica degli edifici e degli impianti energetici in essi installati.

B4. RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI

B4.a SISTEMA DI INDICATORI

B4.a1 Definizione del Sistema di indicatori

Il documento programmatico comprende un sistema di indicatori capaci di fornire informazioni sul raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Il sistema di indicatori di seguito proposto ha la finalità di rappresentare il Programma nella sua complessiva compiutezza: dalla fase di individuazione dei bisogni di salute da soddisfare con gli interventi programmati, alla fase realizzativa degli interventi stessi, agli obiettivi raggiunti in termini di efficacia ed efficienza.

Il programma in argomento permette di definire 3 sistemi di indicatori:

- 1) **gli indicatori di contesto**, che sostanzialmente sono basati sulla capacità degli interventi di raggiungere e mantenere gli obiettivi di ospedalizzazione

2) **gli indicatori di efficacia ed efficienza**, che sono interessanti per la capacità di recepire le esigenze della nuova organizzazione sanitaria.

3) **gli indicatori del programma**, più facili da definire in quanto legati al semplice avanzamento del programma nell'unità di tempo.

B4.a2 Indicatori di Contesto

Gli indicatori di contesto forniscono, in forma sintetica, informazioni sulla popolazione del Molise in relazione a :

- distribuzione geografica e struttura compositiva della popolazione;
- principali determinanti di decesso.

Alcuni indicatori di contesto atti a caratterizzare la popolazione del Molise sono rappresentati come segue:

Indicatore	Descrizione indicatore	Valore
densità di popolazione (31 dicembre 2015)	n. abitanti /km	
residenti in comuni con n. residenti >10.000	residenti in comuni con n. residenti >10.000 / residenti in Regione	%
residenti in comuni con n. residenti >3.000 e <10.000	residenti in comuni con n. residenti >3.000 e <10.000/ residenti in Regione	%
residenti in comuni con n. residenti >1.000 e <3.000	residenti in comuni con n. residenti >1.000 e <3.000/ residenti in Regione	%
residenti in comuni con n. residenti < 1.000	residenti in comuni con n. residenti <1.000/ residenti in Regione	%
presenza stranieri (1 gennaio 2015)	n. stranieri / popolazione residente	%
indice anzianità popolazione (1 gennaio 2015)	popolazione residente con età > 65 anni / popolazione residente	%
tasso di natalità (anno 2015)	n. nati vivi per popolazione residente *1000	%

Gli indicatori di contesto relativi ai problemi di salute sono rappresentati nel prospetto seguente:

Indicatore	Descrizione indicatore	Valore
tasso di mortalità standardizzato per tutte le cause, anno 2015 - Maschi	n. casi di morte per 100.000 abitanti	
tasso di mortalità standardizzato per tutte le cause, anno 2015 - Femmine	n. casi di morte per 100.000 abitanti	
tasso di mortalità standardizzato per malattie cardio-vascolari, anno 2015 - Maschi	n. casi di morte per 100.000 abitanti	
tasso di mortalità standardizzato	n. casi di morte per 100.000 abitanti	

per malattie cardio-vascolari, anno 2015 - Femmine		
tasso di mortalità standardizzato per tumori, anno 2015 - Maschi	n. casi di morte per 100.000 abitanti	
tasso di mortalità standardizzato per tumori, anno 2015 - Femmine	n. casi di morte per 100.000 abitanti	
tasso di mortalità standardizzato per tumore mammella, anno 2015	n. casi di morte per 100.000 abitanti	
tasso di mortalità standardizzato per malattie dell'apparato respiratorio, anno 2015 – Maschi	n. casi di morte per 100.000 abitanti	
tasso di mortalità standardizzato per malattie dell'apparato respiratorio, anno 2015 - Femmine	n. casi di morte / 100.000 abitanti	
decessi per tumore (qualsiasi tipo), anno 2015	n. decessi per tumore (qualsiasi tipo) / n. totali decessi	%
sopravvivenza > 5 anni al tumore alla mammella, anno 2015	n. casi sopravvivenza > 5 anni / n. casi tumore mammella morte	%

B4.a3 Indicatori di Programma

Indicatori di risorse

Gli indicatori di risorse rilevano la disponibilità e il grado di utilizzazione degli input del programma. Essi sono utilizzati per monitorare il progresso in termini di risorse fisiche utilizzate

Nel caso in esame, tali indicatori, in conseguenza della vastità del progetto e dell'entità economica mobilitata, devono essere considerati non come oggetto di rendicontazione puramente amministrativa, ma piuttosto come indici indispensabili per programmare e monitorare in modo corretto il progressivo assorbimento di risorse. Essi devono, inoltre, essere calcolabili in modo oggettivo, semplice e tempestivo.

Ogni "cantiere", caratterizzato dagli stessi obiettivi operativi, dovrà essere monitorato mediante gli stessi indicatori. Si darà luogo ad una struttura matriciale del tipo sotto rappresentato, in cui ogni elemento della matrice è rappresentato dalla coppia di indicatori (T, C) corrispondente ai tempi di esecuzione sul totale dei tempi preventivati (T) e al costo maturato/erogato rispetto a quanto preventivato (C).

	Struttura 1	Struttura 2	Struttura..	Struttura n	TOTALE
Obiettivo 1	(T ₁₁ , C ₁₁)			(T _{1n} C _{1n})	n(;)
Obiettivo 2					
Obiettivo ..					
Obiettivo m	(T _{m1} , C _{m1})	..	..	(T _{mn} C _{mn})	
TOTALE					m n(;) 1 1 T _{m,n}

Sarà così possibile monitorare lo stato di avanzamento lavori:

- per singolo intervento e obiettivo;
- per singolo intervento sul totale degli obiettivi di "progetto" (somma per colonna);
- per singolo obiettivo di progetto (somma per riga);
- per progetto complessivo (intervento progettuale).

Sarà inoltre possibile effettuare un'attività di benchmarking tra strutture, verificando la presenza di varianza tra strutture non spiegata dalla diversità delle situazioni di partenza e individuando quindi eventuali criticità o inefficienze a livelli di singola struttura.

Il calcolo degli indicatori avverrà in progress nel corso del progetto, trimestralmente per gli obiettivi operativi e semestralmente per l'obiettivo specifico.

Indicatori di realizzazione

Gli indicatori di realizzazione si riferiscono all'avanzamento nell'esecuzione degli interventi pianificati in termini fisici (numero puro).

Essi, in altre parole, intendono misurare, tramite una "proxy", l'attività "prodotta" nel corso del progetto.

Tali indicatori sono stati posti a livello di singoli obiettivi operativi.

Il sistema di indicatori proposto prevede, inoltre, l'associazione di indicatori di realizzazione anche sull'obiettivo specifico del programma; data la struttura del progetto, l'indicatore di realizzazione sull'obiettivo specifico sarà costituito dal numero di obiettivi operativi raggiunti.

A meno di rilevanti imprevisti nella gestione del programma, il completamento degli obiettivi operativi dovrà necessariamente risolversi nel raggiungimento dell'obiettivo specifico.

Indicatori di risultato

Gli indicatori di risultato misurano l'effetto diretto del programma, inteso come risultante degli interventi progettuali.

Per quanto riguarda gli obiettivi operativi, in generale, sono stati definiti degli indicatori che, in senso statico, individuano gli effetti delle attività svolte rispetto alle attività previste e, in senso dinamico, possono essere utilizzati per valutare il progresso del programma non in termini di risorse consumate rispetto alle risorse disponibili, ma di percentuale di conseguimento degli effetti desiderati.

Indicatori di impatto

Gli indicatori di impatto monitorano l'effettiva influenza delle iniziative dell'accordo di programma sulla gestione delle strutture sanitarie.

Di seguito sono illustrati alcuni indicatori d'impatto:

- l'attivazione di punti di primo intervento territoriali. Il valore atteso è la diminuzione del numero degli interventi di codici bianchi e verdi di Pronto Soccorso;
- l'attivazione di degenze infermieristiche per malati cronici. Il valore atteso è la diminuzione del tasso di ospedalizzazione;
- l'attivazione di poli specialistici territoriali. Il valore atteso è la riduzione delle liste di attesa.

Per quanto riguarda gli interventi di ammodernamento ed adeguamento ai requisiti strutturali, tecnologici, impiantistici e messa a norma e in sicurezza del patrimonio sanitario regionale, per il raggiungimento dei requisiti

autorizzativi di accreditamento, al potenziamento e sviluppo della rete territoriale, l'indicatore significativo risulta essere la quantità di mq di superficie lorda di pavimento di nuova realizzazione o ristrutturazione e ripartizioni Costo/posto letto, Costo/cubatura, Costo/SLP (superficie lorda pavimento) realizzata.

B 4.a3 Gli indicatori di efficacia ed efficienza

La necessità di identificare gli indicatori di efficacia e di efficienza è quello di valutare in modo oggettivo gli impatti del programma attuato rispetto agli obiettivi programmati e se tali impatti hanno avuto l'effetto atteso rispetto ai costi.

Indicatori di efficacia

Allo scopo gli indicatori di efficacia presi a riferimento sono :

- indicatore di attivazione, misura l'efficacia del processo realizzativo degli interventi rispetto quanto stabilito in sede di programmazione.

Questo indicatore può essere espresso sinteticamente nel seguente modo :

$$I \text{ attivazione} = \frac{\text{n. interventi attivati entro la data programmata}}{\text{n. interventi totali}} > 70\%$$

- indicatore di accreditamento, dà conto dell'accREDITamento dell'intervento sotto i vari profili (strutturale, impiantistico, tecnologico ed organizzativo)

$$I \text{ accreditamento} = \frac{\text{n. interventi accreditabili}}{\text{n. interventi totali}} = 100\%$$

Indicatori di efficienza

Gli indicatori di efficienza misurano il costo unitario degli interventi e forniscono indicazioni sul rapporto costo-benefici.

Un indicatore di efficienza che misura il costo unitario è il seguente :

- Cuc = costo unitario costruzione (€/mq)

Indicatori di efficienza che esprimono il rapporto costo benefici sono i seguenti:

- Indicatore costo posto letto, permette di quantificare il costo che viene sostenuto complessivamente per realizzare un posto letto. L'Indicatore costo posto letto può essere calcolato per tipologia costruttiva, per destinazione funzionale , ecc.

$$Cpl = \frac{\text{costo complessivo interventi con posti letto}}{\text{n. posti letto}}$$

- Indicatore costo medio manutenzione, permette di rapportare il costo medio che sarà sostenuto per gli interventi previsti dal Programma, con il costo medio della manutenzione per il patrimonio immobiliare sanitario esistente.

L'indicatore Cmm, costo medio manutenzione, permette valutazioni sull'andamento dei costi di manutenzione per le nuove strutture, consente valutazioni previsionali più accurate sulla sostenibilità gestionale dei nuovi interventi.

$$Cmm = \frac{\text{costo medio manutenzione ordinaria/programmata interventi}}{\text{-----}}$$

costo medio manutenzione ordinaria/programmata patrimonio immobiliare Servizio sanitario regionale

B4.a) 4. Definizione del Sistema degli Indicatori

La definizione del sistema degli indicatori riveste, nel presente programma, un'importanza duplice: da un lato consente di monitorare l'avanzamento complessivo del programma in termini di risorse impiegate, dall'altro consente di misurare i risultati ottenuti e la loro coerenza rispetto agli obiettivi definiti ex ante.

Deve innanzitutto essere chiarita la logica di costruzione degli indicatori, al fine di comprenderne meglio la struttura e la formulazione.

La definizione del sistema di indicatori ha seguito un percorso logico di tipo strategico, partendo da indicatori definiti sugli obiettivi operativi e ripercorrendo in senso ascendente la gerarchia che da un set di obiettivi operativi si raccorda con gli obiettivi specifici.

In primo luogo, si ritiene opportuno ricordare che la definizione e l'utilizzo degli indicatori non costituisce una finalità del progetto, ma uno strumento di "misura" funzionale al raggiungimento degli obiettivi stessi. Gli indicatori proposti sono da intendersi come "linea guida", piuttosto che come immutabili criteri di valutazione dell'intervento progettuale.

Si precisa, sin d'ora, che una migliore definizione delle attività progettuali potrà richiedere una parziale revisione degli indicatori o una migliore definizione, nell'ottica di una maggiore efficienza di monitoraggio.

Soggetti interessati

Il sistema di indicatori è stato ideato al fine di consentire a tutti i soggetti interessati nel programma di monitorare e valutare l'andamento del programma, ciascuno limitatamente al proprio livello di interesse.

1 Livello locale: L'ASREM dovrà essere in grado di misurare le risorse delle strutture locali assorbite per attività svolte e gli obiettivi conseguiti. Si ritiene di fondamentale importanza dare massima trasparenza e diffusione al monitoraggio a livello di struttura, sia sulle risorse assorbite, sia sui risultati raggiunti, al fine di consentire attività di benchmarking intra-aziendale, relativamente al rapporto tra obiettivi raggiunti e risorse assorbite, generando un effetto di stimolo complessivo sull'andamento generale delle attività di programma.

2 Livello regionale: la Regione dovrà valutare l'andamento del programma, sia a livello complessivo sia di singole strutture, stimolando anche le strutture di base nella comunicazione dei dati per il project management. Particolare rilevanza rivestirà, a questo livello, il monitoraggio degli indicatori di natura finanziaria. In particolare il confronto tra indicatori di efficienza tra le singole strutture consentirà una migliore attività di gestione delle risorse disponibili. Tale attività risulterà sicuramente facilitata dall'appartenenza delle singole strutture allo stesso soggetto istituzionale. A livello regionale, inoltre, maggiore enfasi dovrà essere posta sull'analisi degli indicatori di risultato e di impatto.

3 Livello centrale: a livello centrale dovranno essere disponibili misure dell'erogazione dei fondi stanziati e di impatto al fine di valutare gli effetti delle azioni intraprese a livello regionale.

B 4.a) 5. Fonti di verifica

Indicatori di risorse

Gli indicatori di risorse, espressi in percentuale, saranno calcolati a livello di singola struttura a partire dagli stati di avanzamento approvati e quindi, a livello regionale, dagli importi liquidati suddivisi per struttura sulla base delle giornate rendicontate.

Indicatori di realizzazione

Gli indicatori di realizzazione intendono misurare il risultato prodotto in termini "fisici" dalle attività progettuali.

Indicatori di risultato

Gli indicatori di risultato sono costituiti da misure numeriche (tassi o medie) calcolati a partire da fenomeni che, a livello regionale e/o locale sono registrati nel corso del programma in quanto inerenti alle attività operative.

Ad esempio, per quanto riguarda l'attività di verifica della coerenza tra reportistica ministeriale e regionale, la misura della percentuale di scostamento costituisce di per se un'attività "core" nell'ambito del progetto stesso, ma tale misura rappresenta anche un indicatore del risultato delle attività progettuali.

Per quanto riguarda le attività formative sul campo, le informazioni saranno calcolate a livello locale sulla base di registri presenza, questionari di apprendimento ed altri strumenti comunemente utilizzati nella misurazione dei risultati attività formative.

Indicatori di impatto

La misurazione avverrà in progress ed ex post sulla base dei dati rilevati nel modello stesso o utilizzati per la produzione della reportistica ministeriale.

Indicatori di efficacia ed efficienza

Per il calcolo di tali indicatori si partirà dalle stesse fonti informative degli indicatori di programma, rapportati, nel caso degli indicatori di efficacia, ai target previsti e nel caso degli indicatori di efficienza ai dati di costi opportunamente registrati in fase di gestione del progetto.

B4.b IMPATTI DEL PROGRAMMA

La popolazione molisana segue con molta attenzione e partecipazione le problematiche correlate alla sanità e alle sue forme di erogazione. Tale forma di attenzione comporta, alcune volte, che le scelte politico/strategiche sanitarie diventino oggetto di strumentalizzazioni di vario genere.

In particolar modo questa situazione si manifesta, con maggiore risonanza, quando si propongono le dismissioni degli ospedali o la chiusura di reparti ospedalieri (punti nascita).

Risulta estremamente difficile far comprendere ai cittadini le operazioni della riorganizzazione della rete ospedaliera molisana volte essenzialmente a realizzare:

- l'integrazione tra l'Ospedale Cardarelli e la Fondazione Giovanni Paolo II per offrire ai cittadini servizi completi e di elevato livello qualitativo, affiancando la capacità e validità di un DEA di I livello ad un Istituto di alta specializzazione;
- una rete territoriale più forte e più capace di assolvere compiutamente le proprie funzioni;
- una realtà ospedaliera più efficiente con interventi atti a garantire il miglioramento del livello tecnologico ed l'aumento dei punti di eccellenza, al fine di soddisfare le esigenze di cura dei cittadini molisani;
- interventi finalizzati alla soluzione del problema degli anziani e della autosufficienza;
- un sistema di emergenza più sicuro ed efficiente;
- un potenziamento della risposta diagnostica, che tiene conto della tendenziale crescita del numero dei ricoveri negli ospedali, a causa del progressivo invecchiamento della popolazione.

La programmazione sanitaria ha, quindi, dovuto tener conto, oltre alle criticità strutturali, anche quelle di tipo sociale dovute, in particolare, al disagio della popolazione locale in merito al ridimensionamento delle strutture ospedaliere che, attualmente, in assenza dei programmati interventi rivolti al rafforzamento dell'assistenza territoriale, rappresentano l'unico punto di riferimento del territorio.

Criticità sociale manifestata attraverso la creazione di comitati civici che di fatto hanno rallentato il processo di innovazione e ristrutturazione del sistema sanitario molisano con l'atteggiamento culturale di chi continua a vedere nell'ospedale la risposta ai bisogni della popolazione sia in termini sanitari che economici.

I programmi di riorganizzazione sanitaria devono essere sempre supportati da campagne di informazione, non solo della popolazione, ma soprattutto degli operatori sanitari che devono essere i primi veicoli di informazione e condivisione delle strategie, per far sì che anche la chiusura degli ospedali e/o di singoli reparti e la loro trasformazione in strutture territoriali, non sia vista come riduzione di servizi.

B 4. b) 1 Accettabilità sociale del Programma

Il programma non presenta problemi di accettabilità sociale in quanto si colloca in un contesto di conferma e di riconversione di strutture esistenti.

I venti interventi proposti attuano una migliore e più razionale, ma allo stesso tempo, efficace azione migliorativa dei servizi e delle prestazioni offerte.

La riqualificazione e razionalizzazione del servizio sanitario regionale previsti attraverso l'attuazione del Programma è indirizzato al riequilibrio economico della gestione sanitaria, al fine di garantire e migliorare al contempo l'erogazione dei livelli minimi di assistenza.

B 4.b) 2 Valore aggiunto del programma

Il programma, come già evidenziato precedentemente, trasforma e rinnova il sistema sanitario molisano. Si propone in discontinuità con la passata programmazione regionale cercando di ridisegnare le modalità dell'offerta dei servizi sanitari e le relazioni tra l'ospedale e il territorio.

Con la realizzazione degli interventi programmati, relativi alla riconversione delle strutture ospedaliere di Larino e Venafro, al potenziamento della residenzialità extraospedaliera ed al potenziamento delle reti delle strutture territoriali, obiettivi questi propedeutici al rinnovamento della dotazione ospedaliera regionale, si vuole supportare le scelte del Programma Operativo Straordinario volto alla soddisfazione dei bisogni sanitari della popolazione molisana.

Il valore aggiunto del programma, quindi, è individuato nel cambiamento delle strategie generali della programmazione sanitaria regionale.

B4.b) 3 Health Technology Assessment

L' HTA è un processo volto a valutare le conseguenze economiche, sociali, etiche e cliniche, a breve e lungo termine, che l'adozione di una data tecnologia può avere nel suo inserimento in una struttura sanitaria. In particolare, con il termine "Assessment" (valutazione) si fa riferimento ad un processo di analisi multidisciplinare ispirato ai principi di qualità e sicurezza, appropriatezza e produttività.

La Regione sta avviando un sistema di verifica della dotazione delle tecnologie alle strutture sanitarie indipendentemente dalle fonti di finanziamento delle stesse.

La bozza di modello di valutazione HTA, ancora in corso di definizione, prevede la divisione delle tecnologie in due aree, una per le Alte tecnologie e l'altra per le Medio-basse tecnologie.

Gli interventi inseriti nell'Accordo, prevedono spazi e ambienti a servizio delle nuove tecnologie sicuramente adeguati sia dal punto di vista strutturale che impiantistico, con idonei percorsi di accesso per il personale e per gli utenti, compresi gli spazi di attesa.

Le apparecchiature che si prevede di realizzare sono riferite all'ambito ordinario del servizio sanitario quali: attrezzature per sale operatorie e terapie intensive, apparecchiature radiologiche (TAC e RMN) nell'ottica della sostituzione ed operando un ammodernamento legato alla vetustà operativa delle stesse.

B5 SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI

Le fasi di pianificazione, programmazione e gestione degli interventi del programma, a livello di sistema sanitario regionale, sono gestite:

- a livello centrale dalla Direzione Generale per la Salute della Regione Molise;
- a livello periferico dalla Direzione Generale dell'ASREM, e dalla UOC Tecnica.

Quanto sopra, vale anche in relazione alla gestione ed al monitoraggio degli interventi proposti.

Il monitoraggio sarà condotto in parte secondo le regole previste dal Ministero della Salute nell'ambito dei programmi di investimento, attraverso l'utilizzo dell'applicativo "Osservatorio" previsto dall'Accordo sulle procedure del febbraio 2008, in parte attraverso un sistema di monitoraggio regionale che consentirà di gestire l'attuazione delle varie fasi del procedimento di ciascun intervento attraverso reports periodici (mensili o trimestrali) sia di tipo finanziario (avanzamento della spesa) sia di tipo tecnico (modalità di attuazione).

Al fine di agevolare il monitoraggio e per renderlo interattivo con le aziende sanitarie verrà istituita una "cabina di regia" della quale faranno parte oltre ai funzionari della regione anche personale dell'area tecnica dell'ASREM.

B.5.b)1 Monitoraggio finanziario

Il sistema di monitoraggio svolge un ruolo fondamentale nella fase di attuazione del programma di investimenti. Esso consente di valutare lo stato di avanzamento del programma e permette, se necessario, di intervenire rimodulando/riallineando il programma stesso.

L'attività di monitoraggio condotta dalla Regione Molise riguarda gli aspetti finanziari, fisico e procedurale.

Il monitoraggio viene effettuato costantemente per ogni singolo intervento in quanto è la conseguenza della procedura adottata dalla Regione per effettuare la liquidazione degli acconti. Le Aziende, per ogni intervento, ogni qualvolta maturano delle spese trasmettono i relativi giustificativi (stati avanzamento lavori, certificati di pagamento fatture emesse dalle imprese, parcelle delle spese tecniche, fatture relative alla fornitura di tecnologie) necessari al

Settore regionale competente (Settore Investimenti) per avviare la procedura di liquidazione. Tale procedura consente, per ogni intervento, un monitoraggio finanziario costante al maturare di ogni spesa.

Per il monitoraggio finanziario occorre far riferimento al “Modulo C” dell’Accordo tra il Governo, le Regioni, le Province Autonome di Trento e Bolzano, sancito il 19 dicembre 2002, concernente la semplificazione delle procedure per l’attivazione dei programmi di investimento in sanità e al sistema “Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità”.

B 5 b) 2 Monitoraggio fisico

Il monitoraggio viene svolto anche in corso d’opera relativamente alle varianti attraverso le disposizioni che disciplinano le procedure di valutazione del nucleo regionale di valutazione sull’edilizia sanitaria, vengono esaminate soprattutto se comportano la variazione delle funzioni sanitarie e/o la modificazione della consistenza delle medesime rispetto al progetto originario approvato ed ammesso a finanziamento.

Anche per l’utilizzo delle economie per eseguire lavori aggiuntivi o integrativi al progetto originario la Regione prima di rilasciare il nulla osta all’ASREM, effettua le necessarie verifiche e valutazioni.

Oltre ai su esposti monitoraggi viene annualmente compilato il “Modulo C” dell’Accordo tra il Governo, le Regioni, le Province Autonome di Trento e Bolzano, sancito il 19 dicembre 2002, concernente la semplificazione delle procedure per l’attivazione dei programmi di investimento in sanità e al sistema “Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità”.

B5b 3 Monitoraggio procedurale

La Regione Molise, avendo una ASL unica regionale, non ha ritenuto necessario attivare il monitoraggio procedurale degli interventi.

Appendice C”

Tabella riepilogativa dei costi distinta per Quota a carico dello Stato e Quota a carico della Regione

N.	Interventi	Importo interventi	Quota a carico dello Stato	Quota a carico della Regione
1	Integrazione Ospedale Cardarelli – Fondazione Giovanni Paolo II	€ 23.000.000,00	€ 21.850.000,00	€ 1.150.000,00
2	Adeguamento sismico, tecnologico, funzionale e rispetto delle norme di sicurezza del P.O. di Termoli	€ 13.000.000,00	€ 12.350.000,00	€ 650.000,00
3	Adeguamento sismico, tecnologico, funzionale e rispetto delle norme di sicurezza del P.O. di Isernia.	€ 13.000.000,00	€ 12.350.000,00	€ 650.000,00
4	Realizzazione di un polo integrato per attività Ospedaliera e Distrettuale nel Comune di Agnone	€ 5.000.000,00	€ 4.750.000,00	€ 250.000,00
5	Ristrutturazione e riconversione dell’Ospedale “SS. Rosario” di Venafro in Struttura Territoriale Polivalente	€ 4.000.000,00	€ 3.800.000,00	€ 200.000,00
6	Ristrutturazione e riconversione dell’Ospedale “Vietri” di Larino in Struttura Territoriale Polivalente	€ 3.000.000,00	€ 2.850.000,00	€ 150.000,00
7	Riconversione del poliambulatorio di Isernia in Casa della Salute	€ 1.500.000,00	€ 1.425.000,00	€ 75.000,00
8	Riconversione del poliambulatorio di Frosolone in Casa della Salute	€ 500.000,00	€ 475.000,00	€ 25.000,00
9	Riconversione del poliambulatorio di Trivento in Casa della Salute	€ 500.000,00	€ 475.000,00	€ 25.000,00
10	Riconversione del poliambulatorio di Boiano in Casa della Salute	€ 500.000,00	€ 475.000,00	€ 25.000,00
11	Riconversione del poliambulatorio di Montenero di Bisaccia in Casa della Salute	€ 500.000,00	€ 475.000,00	€ 25.000,00
12	Riconversione del poliambulatorio di Castelmauro in Casa della Salute	€ 500.000,00	€ 475.000,00	€ 25.000,00
13	Riconversione del poliambulatorio di Termoli in Casa della Salute	€ 2.000.000,00	€ 1.900.000,00	€ 100.000,00
14	Centro Territoriale Ex Ospedale Cardarelli Campobasso (UDI, C.d.S)	€ 6.000.000,00	€ 5.700.000,00	€ 300.000,00
15	Poliambulatorio -Sant’Elia a Pianisi	€ 1.000.000,00	€ 950.000,00	€ 50.000,00
16	Realizzazione di un Centro di Salute mentale a Isernia	€ 1.000.000,00	€ 950.000,00	€ 50.000,00
17	Adeguamento e messa a norma del Centro di Salute Mentale di Campobasso	€ 1.000.000,00	€ 950.000,00	€ 50.000,00
18	Acquisto apparecchiature elettromedicali	€ 26.583.388,59	€ 25.254.219,16	€ 1.329.169,43
19	Acquisto auto mediche	€ 1.500.000,00	€ 1.425.000,00	€ 75.000,00
20	Casacalenda - Percorso Riabilitativo Sanitario	€ 500.000,00	€ 475.000,00	€ 25.000,00
21	Residenza Protetta - Poggio Sannita	€ 1.000.000,00	€ 950.000,00	€ 50.000,00
TOTALE		€ 105.583.388,59	€ 100.304.219,16	€ 5.279.169,43



REGIONE MOLISE

ACCORDO DI PROGRAMMA	
Intervento	N.1
REGIONE MOLISE	Assessorato alla Sanità – Direzione Generale per la Salute
Titolo dell'Intervento	Integrazione Ospedale Cardarelli – Fondazione Giovanni Paolo II
Descrizione dell'intervento	Realizzazione di 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 I 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 con il conseguente incremento del livello di supporto in termini di modernità e specificità tecnologica. L'intervento prevede la ristrutturazione e l'ampliamento dell'attuale struttura di proprietà della Fondazione GPII al fine della dismissione degli stabili di proprietà del Cardarelli e trasferimento di tutte le attività ospedaliere nei locali della Fondazione.
Localizzazione	Regione Molise - Campobasso – C/da Tappino
Cod. categoria	Ospedali opere
Tipo	Completamento
Soggetto proponente	Struttura Commissariale Regione Molise
Ente responsabile	ASREM
Responsabile procedimento	Struttura Tecnica dell'ASREM di successiva identificazione da parte della DG Ente Responsabile
Stato progettazione	Studio di fattibilità
Approvazione progetto	Struttura Commissariale Regione Molise
Inizio lavori/cantierabilità	Gennaio 2019
Data di fine lavori	
COSTO COMPLESSIVO	€ 23.000.000,00
LINEE DI FINANZIAMENTO	
Finanz. ex art. 20 Legge 67/88:	€ 23.000.000,00
- di cui a carico dello Stato (95%):	€ 21.850.000,00
- di cui a carico della regione (5%):	€ 1.150.000,00
Finanz. Integrativo Regione Molise	€ 0,00
Finanz. Integrativo Aziendale	€ 0,00
Altre Risorse	
Esercizio finanziario	
FABBISOGNO PER ANNUALITÀ	
Anno 1 - Stato	€ 10.000.000,00
Anno 2 - Stato	€ 10.919.430,12
Anno 3 - Stato	€ 3.000.000,00
Anno 3 -Regione	€ 1.150.000,00



REGIONE MOLISE

ACCORDO DI PROGRAMMA	
Intervento	N.2
REGIONE MOLISE	Assessorato alla Sanità – Direzione Generale per la Salute
Titolo dell'intervento	Adeguamento sismico, tecnologico, funzionale e rispetto delle norme di sicurezza del P.O. di Termoli.
Descrizione dell'intervento	L'intervento prevede la ristrutturazione, l'ammodernamento e l'adeguamento ai requisiti strutturali, tecnologici, impiantistici e di sicurezza del Presidio ospedaliero di Termoli, finalizzato al raggiungimento dei requisiti autorizzativi di accreditamento di cui al D.P.R. 14.01.1998 e alla legge regionale n. 18/2008 e tesi a potenziare e modernizzare il patrimonio dei dispositivi sanitari.
Localizzazione	Regione Molise – Via del Molinello - 86039 Termoli (CB)
Cod. categoria	Ospedali opere
Tipo	Ristrutturazione e adeguamento
Soggetto proponente	Struttura Commissariale Regione Molise
Ente responsabile	ASREM
Responsabile procedimento	Struttura Tecnica dell'ASREM di successiva identificazione da parte della DG Ente Responsabile
Stato progettazione	Studio di fattibilità
Approvazione progetto	Struttura Commissariale Regione Molise
Inizio lavori/cantierabilità	Gennaio 2019
Data di fine lavori	
COSTO COMPLESSIVO	€ 13.000.000,00
LINEE DI FINANZIAMENTO	
Finanz. ex art. 20 Legge 67/88:	€ 13.000.000,00
- di cui a carico dello Stato (95%):	€ 12.350.000,00
- di cui a carico della regione (5%):	€ 650.000,00
Finanz. Integrativo Regione Molise	€ 0,00
Finanz. Integrativo Aziendale	€ 0,00
Altre Risorse	
Esercizio finanziario	
FABBISOGNO PER ANNUALITÀ	
Anno 1 - Stato	€ 6.350.000,00
Anno 2 - Stato	€ 6.000.000,00
Anno 3 - Stato	
Anno 3 - Regione	€ 650.000,00



REGIONE MOLISE

ACCORDO DI PROGRAMMA	
Intervento	N.3
REGIONE MOLISE	Assessorato alla Sanità – Direzione Generale per la Salute
Titolo dell'intervento	Adeguamento sismico, tecnologico, funzionale e rispetto delle norme di sicurezza del P.O. di Isernia.
Descrizione dell'intervento	L'intervento prevede la ristrutturazione, l'ammodernamento e l'adeguamento ai requisiti strutturali, tecnologici, impiantistici e di sicurezza del Presidio ospedaliero di Isernia, finalizzato al raggiungimento dei requisiti autorizzativi di accreditamento di cui al D.P.R. 14.01.1998 e alla legge regionale n. 18/2008 e tesi a potenziare e modernizzare il patrimonio dei dispositivi sanitari.
Localizzazione	Regione Molise - Isernia –
Cod. categoria	Ospedali opere
Tipo	Ristrutturazione e adeguamento
Soggetto proponente	Struttura Commissariale Regione Molise
Ente responsabile	ASREM
Responsabile procedimento	Struttura Tecnica dell'ASREM di successiva identificazione da parte della DG Ente Responsabile
Stato progettazione	Studio di fattibilità
Approvazione progetto	Struttura Commissariale Regione Molise
Inizio lavori/cantierabilità	Gennaio 2019
Data di fine lavori	
COSTO COMPLESSIVO	€ 13.000.000,00
LINEE DI FINANZIAMENTO	
Finanz. ex art. 20 Legge 67/88:	€ 13.000.000,00
- di cui a carico dello Stato (95%):	€ 12.350.000,00
- di cui a carico della regione (5%):	€ 650.000,00
Finanz. Integrativo Regione Molise	€ 0,00
Finanz. Integrativo Aziendale	€ 0,00
Altre Risorse	
Esercizio finanziario	
FABBISOGNO PER ANNUALITÀ	
Anno 1 - Stato	€ 6.350.000,00
Anno 2 - Stato	€ 6.000.000,00
Anno 3 - Stato	
Anno 3 - Regione	€ 650.000,00



REGIONE MOLISE

ACCORDO DI PROGRAMMA	
Intervento	N.4
REGIONE MOLISE	Assessorato alla Sanità – Direzione Generale per la Salute
Titolo dell'intervento	Realizzazione di un polo integrato per attività Ospedaliera e Distrettuale nel Comune di Agnone
Descrizione dell'intervento	L'intervento prevede il completamento dei lavori del nuovo ospedale di Agnone finalizzato alla realizzazione di un polo integrato ospedaliero e territoriale.
Localizzazione	Regione Molise – località “Marinelle” nel Comune di Agnone (IS), nell'ambito della zona omogenea dell'Alto Molise
Cod. categoria	Ospedali opere
Tipo	Completamento e adeguamento
Soggetto proponente	Struttura Commissariale Regione Molise
Ente responsabile	ASREM
Responsabile procedimento	Struttura Tecnica dell'ASREM di successiva identificazione da parte della DG Ente Responsabile
Stato progettazione	Studio di fattibilità
Approvazione progetto	Struttura Commissariale Regione Molise
Inizio lavori/cantierabilità	Gennaio 2019
Data di fine lavori	
COSTO COMPLESSIVO	€ 5.000.000,00
LINEE DI FINANZIAMENTO	
Finanz. ex art. 20 Legge 67/88:	€ 5.000.000,00
- di cui a carico dello Stato (95%):	€ 4.750.000,00
- di cui a carico della regione (5%):	€ 250.000,00
Finanz. Integrativo Regione Molise	€ 0,00
Finanz. Integrativo Aziendale	€ 0,00
<i>Altre Risorse</i>	
Esercizio finanziario	
FABBISOGNO PER ANNUALITÀ	
Anno 1 - Stato	€ 2.500.000,00
Anno 2 - Stato	€ 2.250.000,00
Anno 3 - Stato	
Anno 3 -Regione	€ 250.000,00



REGIONE MOLISE

ACCORDO DI PROGRAMMA	
Intervento	N.5
REGIONE MOLISE	Assessorato alla Sanità – Direzione Generale per la Salute
Titolo dell'intervento	Ristrutturazione e riconversione dell'Ospedale "SS. Rosario" di Venafro in Struttura Territoriale Polivalente
Descrizione dell'intervento	L'ex P.O. "SS. Rosario" sarà riconvertito in una Struttura Sanitaria Territoriale con attività di filtro e supporto a quella ospedaliera.
Localizzazione	Regione Molise - Via Colonia Giulia - 86079- Venafro (IS)
Cod. categoria	Ospedali opere
Tipo	Ristrutturazione
Soggetto proponente	Regione Molise
Ente responsabile	Struttura Commissariale Regione Molise
Responsabile procedimento	ASREM
Stato progettazione	Struttura Tecnica dell'ASREM di successiva identificazione da parte della DG Ente Responsabile
Approvazione progetto	Studio di fattibilità
Inizio lavori/cantierabilità	Giugno 2019
Data di fine lavori	
COSTO COMPLESSIVO	€ 4.000.000,00
LINEE DI FINANZIAMENTO	
Finanz. ex art. 20 Legge 67/88:	€ 4.000.000,00
- di cui a carico dello Stato (95%):	€ 3.800.000,00
- di cui a carico della regione (5%):	€ 200.000,00
Finanz. Integrativo Regione Molise	€ 0,00
Finanz. Integrativo Aziendale	€ 0,00
Altre Risorse	
Esercizio finanziario	
FABBISOGNO PER ANNUALITÀ	
Anno 1 - Stato	€ 2.000.000,00
Anno 2 - Stato	€ 1.800.000,00
Anno 3 - Stato	
Anno 3 -Regione	€ 200.000,00



REGIONE MOLISE

ACCORDO DI PROGRAMMA	
Intervento	N.6
REGIONE MOLISE	Assessorato alla Sanità – Direzione Generale per la Salute
Titolo dell'intervento	Ristrutturazione e riconversione del Presidio Ospedaliero “Vietri” di Larino in Struttura Territoriale Polivalente
Descrizione dell'intervento	L'ex P.O. “Vietri” sarà riconvertito in una Struttura Sanitaria Territoriale con attività di filtro e supporto a quella ospedaliera.
Localizzazione	Regione Molise - Via Lualdi - 86035 - Larino (CB)
Cod. categoria	Ospedali opere
Tipo	Completamento
Soggetto proponente	Struttura Commissariale Regione Molise
Ente responsabile	ASREM
Responsabile procedimento	Struttura Tecnica dell'ASREM di successiva identificazione da parte della DG Ente Responsabile
Stato progettazione	Studio di fattibilità
Approvazione progetto	Struttura Commissariale Regione Molise
Inizio lavori/cantierabilità	Giugno 2019
Data di fine lavori	
COSTO COMPLESSIVO	€ 3.000.000,00
LINEE DI FINANZIAMENTO	
Finanz. ex art. 20 Legge 67/88:	€ 3.000.000,00
- di cui a carico dello Stato (95%):	€ 2.850.000,00
- di cui a carico della regione (5%):	€ 150.000,00
Finanz. Integrativo Regione Molise	€ 0,00
Finanz. Integrativo Aziendale	€ 0,00
Altre Risorse	
Esercizio finanziario	
FABBISOGNO PER ANNUALITÀ	
Anno 1 - Stato	€ 1.500.000,00
Anno 2 - Stato	€ 1.350.000,00
Anno 3 - Stato	
Anno 3 -Regione	€ 150.000,00



REGIONE MOLISE

ACCORDO DI PROGRAMMA	
Intervento	N.7
REGIONE MOLISE	Assessorato alla Sanità – Direzione Generale per la Salute
Titolo dell'intervento	Riconversione del poliambulatorio di Isernia in "Casa della Salute";
Descrizione dell'intervento	L'intervento prevede il riassetto organizzativo dell'offerta specialistica territoriale con la ristrutturazione e riconversione del poliambulatorio del Comune di Isernia, in "Casa della Salute" .
Localizzazione	Regione Molise – Largo Cappuccini – 86170 - Isernia
Cod. categoria	Ospedali opere
Tipo	Ristrutturazione
Soggetto proponente	Struttura Commissariale Regione Molise
Ente responsabile	ASREM
Responsabile procedimento	Struttura Tecnica dell'ASREM di successiva identificazione da parte della DG Ente Responsabile
Stato progettazione	
Approvazione progetto	Struttura Commissariale Regione Molise
Inizio lavori/cantierabilità	Giugno 2019
Data di fine lavori	
COSTO COMPLESSIVO	€ 1.500.000,00
LINEE DI FINANZIAMENTO	
Finanz. ex art. 20 Legge 67/88:	€ 1.500.000,00
- di cui a carico dello Stato (95%):	€ 1.425.000,00
- di cui a carico della regione (5%):	€ 75.000,00
Finanz. Integrativo Regione Molise	€ 0,00
Finanz. Integrativo Aziendale	€ 0,00
Altre Risorse	
Esercizio finanziario	
FABBISOGNO PER ANNUALITÀ	
Anno 1 - Stato	€ 725.000,00
Anno 2 - Stato	€ 700.000,00
Anno 3 - Stato	
Anno 3 -Regione	€ 75.000,00



REGIONE MOLISE

ACCORDO DI PROGRAMMA	
Intervento	N.8
REGIONE MOLISE	Assessorato alla Sanità – Direzione Generale per la Salute
Titolo dell'intervento	Riconversione del poliambulatorio di Frosolone in “Casa della Salute”;
Descrizione dell'intervento	L'intervento prevede il riassetto organizzativo dell'offerta specialistica territoriale con la ristrutturazione e riconversione del poliambulatorio del Comune di Frosolone, in “Casa della Salute” .
Localizzazione	Regione Molise – C/da Sant Anna, 22 - 86095 Frosolone (IS)
Cod. categoria	Ospedali opere
Tipo	Ristrutturazione
Soggetto proponente	Struttura Commissariale Regione Molise
Ente responsabile	ASREM
Responsabile procedimento	Struttura Tecnica dell'ASREM di successiva identificazione da parte della DG Ente Responsabile
Stato progettazione	
Approvazione progetto	Struttura Commissariale Regione Molise
Inizio lavori/cantierabilità	Giugno 2019
Data di fine lavori	
COSTO COMPLESSIVO	€ 500.000,00
LINEE DI FINANZIAMENTO	
Finanz. ex art. 20 Legge 67/88:	€ 500.000,00
- di cui a carico dello Stato (95%):	€ 475.000,00
- di cui a carico della regione (5%):	€ 25.000,00
Finanz. Integrativo Regione Molise	€ 0,00
Finanz. Integrativo Aziendale	€ 0,00
Altre Risorse	
Esercizio finanziario	
FABBISOGNO PER ANNUALITÀ	
Anno 1 - Stato	€ 475.000,00
Anno 2 - Stato	
Anno 3 - Stato	
Anno 3 - Regione	€ 25.000,00



REGIONE MOLISE

ACCORDO DI PROGRAMMA	
Intervento	N.9
REGIONE MOLISE	Assessorato alla Sanità – Direzione Generale per la Salute
Titolo dell'intervento	Riconversione del poliambulatorio di Trivento in “Casa della Salute”;
Descrizione dell'intervento	L'intervento prevede il riassetto organizzativo dell'offerta specialistica territoriale con la ristrutturazione e riconversione del poliambulatorio del Comune di Trivento, in “Casa della Salute” .
Localizzazione	Regione Molise – Via Acqua Santianni - 86029 Trivento (CB)
Cod. categoria	Ospedali opere
Tipo	Ristrutturazione
Soggetto proponente	Struttura Commissariale Regione Molise
Ente responsabile	ASREM
Responsabile procedimento	Struttura Tecnica dell'ASREM di successiva identificazione da parte della DG Ente Responsabile
Stato progettazione	
Approvazione progetto	Struttura Commissariale Regione Molise
Inizio lavori/cantierabilità	Giugno 2019
Data di fine lavori	
COSTO COMPLESSIVO	€ 500.000,00
LINEE DI FINANZIAMENTO	
Finanz. ex art. 20 Legge 67/88:	€ 500.000,00
- di cui a carico dello Stato (95%):	€ 475.000,00
- di cui a carico della regione (5%):	€ 25.000,00
Finanz. Integrativo Regione Molise	€ 0,00
Finanz. Integrativo Aziendale	€ 0,00
Altre Risorse	
Esercizio finanziario	
FABBISOGNO PER ANNUALITÀ	
Anno 1 - Stato	€ 475.000,00
Anno 2 - Stato	
Anno 3 - Stato	
Anno 3 -Regione	€ 25.000,00



REGIONE MOLISE

ACCORDO DI PROGRAMMA	
Intervento	N.10
REGIONE MOLISE	Assessorato alla Sanità – Direzione Generale per la Salute
Titolo dell'intervento	Ristrutturazione e Riconversione del Poliambulatorio di Bojano, in "Casa della Salute";
Descrizione dell'intervento	L'intervento prevede il riassetto organizzativo dell'offerta specialistica territoriale con la ristrutturazione e riconversione del poliambulatorio del Comune di Bojano, in "Casa della Salute".
Localizzazione	Regione Molise – Via Colle Bella Vista, 2 - 86021 Bojano (CB)
Cod. categoria	Ospedali opere
Tipo	Ristrutturazione
Soggetto proponente	Struttura Commissariale Regione Molise
Ente responsabile	ASREM
Responsabile procedimento	Struttura Tecnica dell'ASREM di successiva identificazione da parte della DG Ente Responsabile
Stato progettazione	
Approvazione progetto	Struttura Commissariale Regione Molise
Inizio lavori/cantierabilità	Giugno 2019
Data di fine lavori	
COSTO COMPLESSIVO	€ 500.000,00
LINEE DI FINANZIAMENTO	
Finanz. ex art. 20 Legge 67/88:	€ 500.000,00
- di cui a carico dello Stato (95%):	€ 475.000,00
- di cui a carico della regione (5%):	€ 25.000,00
Finanz. Integrativo Regione Molise	€ 0,00
Finanz. Integrativo Aziendale	€ 0,00
Altre Risorse	
Esercizio finanziario	
FABBISOGNO PER ANNUALITÀ	
Anno 1 - Stato	€ 475.000,00
Anno 2 - Stato	
Anno 3 - Stato	
Anno 3 - Regione	€ 25.000,00



REGIONE MOLISE

ACCORDO DI PROGRAMMA	
Intervento	N.11
REGIONE MOLISE	Assessorato alla Sanità – Direzione Generale per la Salute
Titolo dell'intervento	Riconversione del Poliambulatorio di Montenero di Bisaccia, in "Casa della Salute";
Descrizione dell'intervento	L'intervento prevede il riassetto organizzativo dell'offerta specialistica territoriale con la ristrutturazione e riconversione del poliambulatorio del Comune di Montenero di Bisaccia, in "Casa della Salute";.
Localizzazione	Regione Molise – C7da Centurelle - 86036 Montenero di Bisaccia (CB)
Cod. categoria	Ospedali opere
Tipo	Ristrutturazione
Soggetto proponente	Struttura Commissariale Regione Molise
Ente responsabile	ASREM
Responsabile procedimento	Struttura Tecnica dell'ASREM di successiva identificazione da parte della DG Ente Responsabile
Stato progettazione	
Approvazione progetto	Struttura Commissariale Regione Molise
Inizio lavori/cantierabilità	Giugno 2019
Data di fine lavori	
COSTO COMPLESSIVO	€ 500.000,00
LINEE DI FINANZIAMENTO	
Finanz. ex art. 20 Legge 67/88:	€ 500.000,00
- di cui a carico dello Stato (95%):	€ 475.000,00
- di cui a carico della regione (5%):	€ 25.000,00
Finanz. Integrativo Regione Molise	€ 0,00
Finanz. Integrativo Aziendale	€ 0,00
Altre Risorse	
Esercizio finanziario	
FABBISOGNO PER ANNUALITÀ	
Anno 1 - Stato	€ 475.000,00
Anno 2 - Stato	
Anno 3 - Stato	
Anno 3 -Regione	€ 25.000,00



REGIONE MOLISE

ACCORDO DI PROGRAMMA	
Intervento	N.12
REGIONE MOLISE	Assessorato alla Sanità – Direzione Generale per la Salute
Titolo dell'intervento	Riconversione del Poliambulatorio di Castelmauro, in “Casa della Salute”;
Descrizione dell'intervento	L'intervento prevede il riassetto organizzativo dell'offerta specialistica territoriale con la ristrutturazione e riconversione del poliambulatorio del Comune di Castelmauro, in “Casa della Salute”;
Localizzazione	Regione Molise – Corso Italia - 86031 Castelmauro (CB)
Cod. categoria	Ospedali opere
Tipo	Ristrutturazione
Soggetto proponente	Struttura Commissariale Regione Molise
Ente responsabile	ASREM
Responsabile procedimento	Struttura Tecnica dell'ASREM di successiva identificazione da parte della DG Ente Responsabile
Stato progettazione	
Approvazione progetto	Struttura Commissariale Regione Molise
Inizio lavori/cantierabilità	Giugno 2019
Data di fine lavori	
COSTO COMPLESSIVO	€ 500.000,00
LINEE DI FINANZIAMENTO	
Finanz. ex art. 20 Legge 67/88:	€ 500.000,00
- di cui a carico dello Stato (95%):	€ 475.000,00
- di cui a carico della regione (5%):	€ 25.000,00
Finanz. Integrativo Regione Molise	€ 0,00
Finanz. Integrativo Aziendale	€ 0,00
Altre Risorse	
Esercizio finanziario	
FABBISOGNO PER ANNUALITÀ	
Anno 1 - Stato	€ 475.000,00
Anno 2 - Stato	
Anno 3 - Stato	
Anno 3 - Regione	€ 25.000,00



REGIONE MOLISE

ACCORDO DI PROGRAMMA	
Intervento	N.13
REGIONE MOLISE	Assessorato alla Sanità – Direzione Generale per la Salute
Titolo dell'intervento	Riconversione del Poliambulatorio di Termoli, in "Casa della Salute";
Descrizione dell'intervento	L'intervento prevede il riassetto organizzativo dell'offerta specialistica territoriale con la ristrutturazione e riconversione del poliambulatorio del Comune di Termoli, in "Casa della Salute";.
Localizzazione	Regione Molise – Via del Molinello - 86039 Termoli (CB)
Cod. categoria	Ospedali opere
Tipo	Ristrutturazione
Soggetto proponente	Struttura Commissariale Regione Molise
Ente responsabile	ASREM
Responsabile procedimento	Struttura Tecnica dell'ASREM di successiva identificazione da parte della DG Ente Responsabile
Stato progettazione	
Approvazione progetto	Struttura Commissariale Regione Molise
Inizio lavori/cantierabilità	Giugno 2019
Data di fine lavori	
COSTO COMPLESSIVO	€ 2.000.000,00
LINEE DI FINANZIAMENTO	
Finanz. ex art. 20 Legge 67/88:	
- di cui a carico dello Stato (95%):	€ 1.900.000,00
- di cui a carico della regione (5%):	€ 100.000,00
Finanz. Integrativo Regione Molise	€ 0,00
Finanz. Integrativo Aziendale	€ 0,00
Altre Risorse	
Esercizio finanziario	
FABBISOGNO PER ANNUALITÀ	
Anno 1 - Stato	€ 700.000,00
Anno 2 - Stato	€ 700.000,00
Anno 3 - Stato	€ 500.000,00
Anno 3 -Regione	€ 100.000,00



REGIONE MOLISE

ACCORDO DI PROGRAMMA	
Intervento	N.14
REGIONE MOLISE	Assessorato alla Sanità – Direzione Generale per la Salute
Titolo dell'intervento	Centro Territoriale Ex Ospedale di Campobasso
Descrizione dell'intervento	L'intervento prevede il riassetto organizzativo dell'offerta specialistica territoriale con la ristrutturazione e riconversione dell'ex Ospedale Cardarelli di Campobasso in un Centro Territoriale (UDI, Casa della Salute, ecc).
Localizzazione	Regione Molise – C.da Tappino – 86100 Campobasso
Cod. categoria	Ospedali opere
Tipo	Completamento
Soggetto proponente	Struttura Commissariale Regione Molise
Ente responsabile	ASREM
Responsabile procedimento	Struttura Tecnica dell'ASREM di successiva identificazione da parte della DG Ente Responsabile
Stato progettazione	
Approvazione progetto	Struttura Commissariale Regione Molise
Inizio lavori/cantierabilità	Giugno 2019
Data di fine lavori	
COSTO COMPLESSIVO	€ 6.000.000,00
LINEE DI FINANZIAMENTO	
Finanz. ex art. 20 Legge 67/88:	€ 6.000.000,00
- di cui a carico dello Stato (95%):	€ 5.700.000,00
- di cui a carico della regione (5%):	€ 300.000,00
Finanz. Integrativo Regione Molise	€ 0,00
Finanz. Integrativo Aziendale	€ 0,00
Altre Risorse	
Esercizio finanziario	
FABBISOGNO PER ANNUALITÀ	
Anno 1 - Stato	€ 2.700.000,00
Anno 2 - Stato	€ 2.000.000,00
Anno 3 - Stato	
Anno 3 - Regione	€ 300.000,00



REGIONE MOLISE

ACCORDO DI PROGRAMMA	
Intervento	N.15
REGIONE MOLISE	Assessorato alla Sanità – Direzione Generale per la Salute
Titolo dell'intervento	Poliambulatorio di Sant'Elia a Pianisi.
Descrizione dell'intervento	L'intervento prevede il riassetto organizzativo dell'offerta specialistica territoriale con la ristrutturazione e riconversione del poliambulatorio del Comune di Sant'Elia a Pianisi.
Localizzazione	Regione Molise – Via Martiri D'Ungheria 1, 86048 Sant'Elia a Pianisi (CB)
Cod. categoria	Ospedali opere
Tipo	Ristrutturazione
Soggetto proponente	Struttura Commissariale Regione Molise
Ente responsabile	ASREM
Responsabile procedimento	Struttura Tecnica dell'ASREM di successiva identificazione da parte della DG Ente Responsabile
Stato progettazione	
Approvazione progetto	Struttura Commissariale Regione Molise
Inizio lavori/cantierabilità	Giugno 2019
Data di fine lavori	
COSTO COMPLESSIVO	€ 1.000.000,00
LINEE DI FINANZIAMENTO	
Finanz. ex art. 20 Legge 67/88:	€ 1.000.000,00
- di cui a carico dello Stato (95%):	€ 950.000,00
- di cui a carico della regione (5%):	€ 50.000,00
Finanz. Integrativo Regione Molise	€ 0,00
Finanz. Integrativo Aziendale	€ 0,00
Altre Risorse	
Esercizio finanziario	
FABBISOGNO PER ANNUALITÀ	
Anno 1 - Stato	€ 500.000,00
Anno 2 - Stato	€ 450.000,00
Anno 3 - Stato	
Anno 3 - Regione	€ 50.000,00



REGIONE MOLISE

ACCORDO DI PROGRAMMA	
Intervento	N.16
REGIONE MOLISE	Assessorato alla Sanità – Direzione Generale per la Salute
Titolo dell'intervento	Realizzazione di un Centro di Salute Mentale a Isernia
Descrizione dell'intervento	L'intervento prevede la realizzazione di una struttura da adibire a Centro di Salute Mentale nel Distretto Sanitario di Isernia.
Localizzazione	Regione Molise - Isernia
Cod. categoria	Ospedali opere
Tipo	Nuova costruzione
Soggetto proponente	Struttura Commissariale Regione Molise
Ente responsabile	ASREM
Responsabile procedimento	Struttura Tecnica dell'ASREM di successiva identificazione da parte della DG Ente Responsabile
Stato progettazione	Progettazione esecutiva
Approvazione progetto	Struttura Commissariale Regione Molise
Inizio lavori/cantierabilità	Gennaio 2018
Data di fine lavori	
COSTO COMPLESSIVO	€ 1.000.000,00
LINEE DI FINANZIAMENTO	
Finanz. ex art. 20 Legge 67/88:	
- di cui a carico dello Stato (95%):	€ 950.000,00
- di cui a carico della regione (5%):	€ 50.000,00
Finanz. Integrativo Regione Molise	
Finanz. Integrativo Aziendale	
Altre Risorse	
Esercizio finanziario	
FABBISOGNO PER ANNUALITÀ	
Anno 1 - Stato	€ 950.000,00
Anno 2 - Stato	
Anno 3 - Stato	
Anno 3 - Regione	€ 50.000,00



REGIONE MOLISE

ACCORDO DI PROGRAMMA	
Intervento	N.17
REGIONE MOLISE	Assessorato alla Sanità – Direzione Generale per la Salute
Titolo dell'intervento	Adeguamento e messa a norma del Centro di Salute Mentale di Campobasso
Descrizione dell'intervento	L'intervento prevede la ristrutturazione, l'adeguamento e la messa a norma del Centro di Salute Mentale di Campobasso
Localizzazione	Regione Molise - Campobasso
Cod. categoria	Ospedali opere
Tipo	Ristrutturazione e adeguamento
Soggetto proponente	Struttura Commissariale Regione Molise
Ente responsabile	ASREM
Responsabile procedimento	Struttura Tecnica dell'ASREM di successiva identificazione da parte della DG Ente Responsabile
Stato progettazione	Progettazione esecutiva
Approvazione progetto	Struttura Commissariale Regione Molise
Inizio lavori/cantierabilità	Giugno 2019
Data di fine lavori	
COSTO COMPLESSIVO	€ 1.000.000,00
LINEE DI FINANZIAMENTO	
Finanz. ex art. 20 Legge 67/88:	€ 1.000.000,00
- di cui a carico dello Stato (95%):	€ 950.000,00
- di cui a carico della regione (5%):	€ 50.000,00
Finanz. Integrativo Regione Molise	€ 0,00
Finanz. Integrativo Aziendale	€ 0,00
Altre Risorse	
Esercizio finanziario	
FABBISOGNO PER ANNUALITÀ	
Anno 1 - Stato	€ 500.000,00
Anno 2 - Stato	€ 450.000,00
Anno 3 - Stato	
Anno 3 -Regione	€ 50.000,00



REGIONE MOLISE

ACCORDO DI PROGRAMMA	
Intervento	N.18
REGIONE MOLISE	Assessorato alla Sanità – Direzione Generale per la Salute
Titolo dell'intervento	Acquisto apparecchiature elettromedicali
Descrizione dell'intervento	L'intervento prevede l'acquisto di apparecchiature elettromedicali per i presidi ospedalieri della regione
Localizzazione	Regione Molise - Campobasso
Cod. categoria	Ospedali opere
Tipo	Acquisto
Soggetto proponente	Struttura Commissariale Regione Molise
Ente responsabile	ASREM
Responsabile procedimento	Struttura Tecnica dell'ASREM di successiva identificazione da parte della DG Ente Responsabile
Stato progettazione	Progettazione esecutiva
Approvazione progetto	Struttura Commissariale Regione Molise
Inizio lavori/cantierabilità	Gennaio 2018
Data di fine lavori	
COSTO COMPLESSIVO	€ 26.583,388,59
LINEE DI FINANZIAMENTO	
Finanz. ex art. 20 Legge 67/88:	
- di cui a carico dello Stato (95%):	€ 25.254.219,16
- di cui a carico della regione (5%):	€ 1.329.169,43
Finanz. Integrativo Regione Molise	
Finanz. Integrativo Aziendale	
<i>Altre Risorse</i>	
Esercizio finanziario	
FABBISOGNO PER ANNUALITÀ	
Anno 1 - Stato	€ 9.254.219,16
Anno 2 - Stato	€ 8.000.000,00
Anno 3 - Stato	€ 8.000.000,00
Anno 1 -Regione	€ 1.329.169,43



REGIONE MOLISE

ACCORDO DI PROGRAMMA	
Intervento	N.19
REGIONE MOLISE	Assessorato alla Sanità – Direzione Generale per la Salute
Titolo dell'intervento	Acquisto auto mediche
Descrizione dell'intervento	L'intervento prevede l'acquisto di auto mediche per il servizio di emergenza urgenza regionale
Localizzazione	Regione Molise - Campobasso
Cod. categoria	Ospedali opere
Tipo	Acquisto
Soggetto proponente	Struttura Commissariale Regione Molise
Ente responsabile	ASREM
Responsabile procedimento	Struttura Tecnica dell'ASREM di successiva identificazione da parte della DG Ente Responsabile
Stato progettazione	Progettazione esecutiva
Approvazione progetto	
Inizio lavori/cantierabilità	Gennaio 2019
Data di fine lavori	
COSTO COMPLESSIVO	€ 1.500.000,00
LINEE DI FINANZIAMENTO	
Finanz. ex art. 20 Legge 67/88:	€ 1.500.000,00
- di cui a carico dello Stato (95%):	€ 1.425.000,00
- di cui a carico della regione (5%):	€ 75.000,00
Finanz. Integrativo Regione Molise	
Finanz. Integrativo Aziendale	
Altre Risorse	
Esercizio finanziario	
FABBISOGNO PER ANNUALITÀ	
Anno 1 - Stato	€ 800.000,00
Anno 2 - Stato	€ 625.000,00
Anno 3 - Stato	
Anno 1 -Regione	€ 75.000,00



REGIONE MOLISE

ACCORDO DI PROGRAMMA	
Intervento	N.20
REGIONE MOLISE	Assessorato alla Sanità – Direzione Generale per la Salute
Titolo dell'intervento	Casacalenda (CB)- Percorso Riabilitativo Sanitario - ASReM
Descrizione dell'intervento	L'intervento prevede, nel territorio del Comune di Casacalenda, la realizzazione di percorsi di "ippoterapia" .
Localizzazione	Regione Molise – Comune di Casacalenda (CB)– 86043
Cod. categoria	
Tipo	Completamento
Soggetto proponente	Struttura Commissariale Regione Molise
Ente responsabile	ASREM
Responsabile procedimento	Struttura Tecnica dell'ASREM di successiva identificazione da parte della DG Ente Responsabile
Stato progettazione	
Approvazione progetto	Struttura Commissariale Regione Molise
Inizio lavori/cantierabilità	Giugno 2019
Data di fine lavori	
COSTO COMPLESSIVO	€ 500.000,00
LINEE DI FINANZIAMENTO	
Finanz. ex art. 20 Legge 67/88:	
- di cui a carico dello Stato (95%):	€ 475.000,00
- di cui a carico della regione (5%):	€ 25.000,00
Finanz. Integrativo Regione Molise	€ 0,00
Finanz. Integrativo Aziendale	€ 0,00
Altre Risorse	
Esercizio finanziario	
FABBISOGNO PER ANNUALITÀ	
Anno 1 - Stato	€ 475.000,00
Anno 2 - Stato	
Anno 3 - Stato	
Anno 3 -Regione	25.000,00



REGIONE MOLISE

ACCORDO DI PROGRAMMA	
Intervento	N.21
REGIONE MOLISE	Assessorato alla Sanità – Direzione Generale per la Salute
Titolo dell'intervento	Residenza Protetta – Poggio Sannita
Descrizione dell'intervento	L'intervento prevede la realizzazione di una Residenza Protetta, con dotazione di posti letto,
Localizzazione	Regione Molise – Comune di Poggio Sannita
Cod. categoria	
Tipo	Completamento
Soggetto proponente	Struttura Commissariale Regione Molise
Ente responsabile	ASREM
Responsabile procedimento	Struttura Tecnica dell'ASREM di successiva identificazione da parte della DG Ente Responsabile
Stato progettazione	
Approvazione progetto	Struttura Commissariale Regione Molise
Inizio lavori/cantierabilità	Giugno 2019
Data di fine lavori	
COSTO COMPLESSIVO	€ 1.000.000,00
LINEE DI FINANZIAMENTO	
Finanz. ex art. 20 Legge 67/88:	€ 1.000.000,00
- di cui a carico dello Stato (95%):	€ 950.000,00
- di cui a carico della regione (5%):	€ 50.000,00
Finanz. Integrativo Regione Molise	€ 0,00
Finanz. Integrativo Aziendale	€ 0,00
Altre Risorse	
Esercizio finanziario	
FABBISOGNO PER ANNUALITÀ	
Anno 1 - Stato	€ 500.000,00
Anno 2 - Stato	€ 450.000,00
Anno 3 - Stato	
Anno 3 -Regione	€ 50.000,00