Regione Molise

Programma Operativo 2019 - 2021

Indice

1 Premessa 4
1.1 Programmazione 2019-2021 - metodologia 4

2 Stato dell'Arte sulla riorganizzazione e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale (POS 2015-2018) 6

3 Modello di SSR 2019-2021: obiettivi e strategie di sviluppo 8

4 Promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio 9
4.1 Attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 9
4.1.1 Attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 9

5 Programmazione socio sanitaria della Regione Molise 13
5.1 L'offerta regionale delle Reti Assistenziali: l'area ospedaliera 13
5.1.1 Miglioramento degli *outcome* (es. PNE, LEA) 19
5.1.2 Azioni di recupero della mobilità passiva ospedaliera 20
5.1.3 Governo delle liste d'attesa 20
5.2 L'area dell'emergenza-urgenza 21
5.2.1 Connessione dei diversi nodi della rete dell'emergenza-urgenza 21
5.2.2 Riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso 23
5.3 L'area delle reti tempo-dipendenti 23
5.3.1 Riqualificazione delle reti tempo-dipendenti (trauma, ictus, emergenze cardiologiche, terapie intensive, STAM e STEN) 23
5.4 L'offerta Regionale delle Reti Assistenziali: l'area territoriale 26
5.4.1 Valorizzazione del ruolo della Medicina Generale sul territorio 26
5.4.2 L'assistenza domiciliare integrata 27
5.4.3 L'assistenza residenziale e semiresidenziale per le non autosufficienze e le disabilità 29
5.4.4 Le Case della Salute 30
5.4.5 Il ruolo della Farmacia dei servizi 31
5.4.6 La rete dei laboratori 31
5.5 I percorsi del paziente tra ospedale e territorio 33
5.5.1 Gestione dei PDTA e implementazione dei percorsi 33
5.5.2 La rete dei consultori e la Neuropsichiatria Infantile (NPI) 35

6 Salute mentale e le Dipendenze Patologiche 37
6.1 Il Dipartimento di Salute Mentale e le dipendenze patologiche 37
6.1.1 Riorganizzazione del Dipartimento di Salute Mentale 37
6.2 I disturbi del comportamento alimentare 38
6.2.1 La presa in carico dei minori con disturbi del comportamento alimentare 38

7 Salute Penitenziaria 40
7.1 L'organizzazione dell'assistenza sanitaria alle persone detenute 40
7.1.1 Promozione della continuità assistenziale 40
7.1.2 Il processo di informatizzazione dell'Assistenza Sanitaria in ambito penitenziario 44

8 Governo dell'assistenza farmaceutica e dei dispositivi medici 46
8.1 Metodo valutativo dei Medici di Medicina Generale (MMG) – Progetto di budget 46
8.1.1 Metodo valutativo dei Medici di Medicina Generale (MMG) – Progetto di budget 46
8.2 Promozione delle misure dirette a garantire l'appropriatezza prescrittiva degli "antimicrobici generali per uso sistemico" 46
8.2.1 Promozione delle misure dirette a garantire l'appropriatezza prescrittiva degli "antimicrobici generali per uso sistemico" 46
8.3 Indicatori di appropriatezza clinica per aree terapeutiche di sovra utilizzo 47

8.3.1 Indicatori di appropriatezza clinica per aree terapeutiche di sovra utilizzo 47
8.4 Revisione Accordo Regione-Federfarma Molise per la distribuzione diretta dei farmaci del Prontuario Ospedale-Territorio (PHT) 49
8.4.1 Revisione Accordo Regione-Federfarma Molise per la distribuzione diretta dei farmaci del Prontuario Ospedale-Territorio (PHT) 49
8.5 Razionalizzazione della spesa mediante processi di centralizzazione degli acquisti diretti 49
8.5.1 Razionalizzazione della spesa mediante processi di centralizzazione degli acquisti diretti 49
8.6 Razionalizzazione della spesa mediante centralizzazione dell'acquisto di farmaci oncologici ad alto costo 50
8.6.1 Razionalizzazione della spesa mediante processi di centralizzazione dell'acquisto di farmaci oncologici ad alto costo 50
8.7 Governo della spesa dei Dispositivi Medici e dell'appropriatezza d'uso 50
8.7.1 Governo della spesa dei Dispositivi Medici e dell'appropriatezza d'uso 50
8.8 Potenziamento dell'utilizzo del farmaco "biosimilare" e razionalizzazione della spesa 51

9 Rapporti con gli erogatori privati: una collaborazione pubblico - privato 53
9.1 Intese e contratti con erogatori privati accreditati 53
9.1.1 Intese e contratti con erogatori privati accreditati 53

10 Accreditamento 54
10.1 Accreditamento istituzionale 54

11 Gestione e sviluppo delle risorse umane 56
11.1 Determinazione del fabbisogno di personale legato ai diversi livelli di produzione 56
11.1.1 Determinazione del fabbisogno di personale legato ai diversi livelli di produzione 56
11.2 Implementazione di un sistema di valutazione e valorizzazione delle risorse umane 58
11.2.1 Implementazione di un sistema di valutazione e valorizzazione delle risorse umane 58

12 Sicurezza, rischio clinico e qualità del SSR 68
12.1 Potenziamento *risk management* 68
12.1.1 Potenziamento *risk management* 68

13 Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi 72
13.1 Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi 72
13.1.1 Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi 72

14 Gestione e potenziamento del patrimonio informativo socio-sanitario a supporto del monitoraggio e *governance* del SSR 74
14.1 Incremento qualità fonti informative 74
14.1.1 Incremento qualità dei dati sanitari 74
14.2 Sviluppo, implementazione e consolidamento flussi informativi regionali/aziendali di futura attivazione 76
14.2.1 Sviluppo, implementazione e consolidamento flussi informativi regionali/aziendali di futura attivazione 76

15 Attuazione del D.lgs. n. 118/2011, Certificabilità dei bilanci del SSR e Contabilità analitica 78
15.1 Attuazione delle disposizioni del D.lgs. n. 118/2011 78
15.1.1 Attuazione delle disposizioni del D.lgs. n. 118/2011 78
15.2 Attuazione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità dei Bilanci del SSR (PAC) 78
15.2.1 Attuazione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità dei Bilanci del SSR (PAC) 78
15.3 Implementazione della Contabilità analitica 79
15.3.1 Implementazione della Contabilità analitica 79
15.4 Tempi di pagamento ai fornitori 80

16 Investimenti in infrastrutture e tecnologie **81**
16.1 Potenziamento investimenti in infrastrutture **81**
16.1.1 Potenziamento investimenti in infrastrutture **81**

17 Rapporto con l'Università **84**
17.1 Collaborazione tra l'Università e l'Ospedale Cardarelli **84**
17.1.1 Collaborazione tra l'Università e l'Ospedale Cardarelli **84**

18 Comunicazione e *governance* del Piano **85**
18.1 Governo delle manovre di riqualificazione del SSR e raffronti con gli *stakeholder* del SSR **85**
18.1.1 Governo delle manovre di riqualificazione del SSR e raffronti con gli stakeholder del SSR **85**

19 Tendenziali e programmatici 2019-2021 **86**
19.1 Tendenziali in linea con l'evoluzione della natura di costi e ricavi **87**
19.2 Manovre e Programmatico 2021 **94**

20 Cronoprogramma riepilogativo delle azioni programmate **96**

1 Premessa

1.1 Programmazione 2019-2021 - metodologia

Rispetto ai risultati conseguiti grazie all'attuazione del Programma Operativo Straordinario 2015-2018, la Regione Molise intende, ai fini della stesura del nuovo atto di programmazione sanitaria regionale, relativo al periodo 2019-2021, implementare il processo di riqualificazione del sistema di assistenza sanitaria.

L'azione di programmazione non può prescindere dalla valutazione delle azioni di riqualificazione già poste in essere attraverso il Programma Operativo Straordinario 2015-2018, mediante l'osservazione dei risultati raggiunti nonché degli scostamenti determinati.

Il monitoraggio e la valutazione degli effetti prodotti dalla riorganizzazione del SSR, stabilita dal Programma Operativo Straordinario, sulle finalità assistenziali, dovrà necessariamente precedere la stesura del nuovo Programma Operativo.

Al fine della realizzazione degli obiettivi della nuova programmazione regionale è opportuno individuare indicazioni metodologiche utili a definire una progettualità funzionale alla tipologia dei bisogni di salute espressi dalla popolazione residente.

In tal senso, viene preso in esame, primariamente, l'assetto della sanità molisana, risultato dell'attuazione delle azioni previste dal POS 2015-2018, mediante la valutazione definita dall'insieme di parametri considerati nel monitoraggio dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nonché ulteriori indicatori correlati alla performance del sistema (PNE) e ancora quelli connessi alla normativa in vigore sul rischio clinico.

Si procede, altresì, ad introdurre, nell'attività valutativa delle azioni di attuazione del POS 2015-2018, ulteriori e specifici parametri correlati alle peculiarità proprie del sistema regionale, che definiscono l'effettiva efficacia dei percorsi di cura introdotti nell'ambito dell'offerta assistenziale sul territorio regionale.

L'attività di analisi viene effettuata anche sulla stima delle prestazioni storicamente erogate da parte delle strutture regionali, tenendo conto dell'offerta assistenziale come programmata nei Piani Operativi che si sono succeduti negli anni, e del ricorso alle prestazioni erogate ai cittadini molisani da parte di strutture sanitarie extraregionali.

Dall'analisi dell'attuale organizzazione dell'offerta sanitaria regionale, come precedentemente esposta, e dalla rappresentazione dei bisogni emergenti rispetto alle diverse fasce di utenza, valutati, in un approccio *bottom up*, anche acquisendo un contributo da parte degli *stakeholder*, derivano i principi della programmazione per il triennio 2019-2021.

Il core del Sistema Sanitario del Molise continua ad essere, anche a seguito dell'applicazione delle previsioni del Programma Operativo Straordinario, l'implementazione di:

- Interventi specifici nell'area della prevenzione;
- Riorganizzazione della Rete ospedaliera;
- Definizioni delle reti cliniche;
- Rimodulazione e qualificazione dell'offerta sanitaria territoriale.

La riforma del Sistema Sanitario Regionale, attuato dalla Regione Molise attraverso un processo di revisione organizzativa e funzionale della rete d'offerta, ha mirato a far sì che i servizi offerti all'utenza siano uniformi e ad equa distribuzione su tutto il territorio regionale.

Il percorso di adeguamento prosegue attraverso un processo di revisione organizzativa e funzionale dell'offerta sanitaria ai sensi del decreto ministeriale 2 aprile 2015 n.70 mediante, primariamente, una accurata ridefinizione

delle reti cliniche, in particolare della rete dell'emergenza e delle patologie tempo-dipendenti, che si fondi sia sulla valutazione delle competenze a disposizione del sistema, che della logistica del territorio regionale, alla luce dell'organizzazione intrapresa dal POS 2015-2018.

Tanto anche al fine di individuare le specialità da potenziare e quelle da ridurre in rapporto alle necessità e ai bisogni evidenziati dal processo di revisione e valutazione dell'esistente.

In accordo con il Piano della Cronicità, recepito dalla Regione Molise con il DCA n.1 del 31.01.2019, inoltre, si procede alla ridefinizione del sistema dell'assistenza sul territorio regionale, che non può prescindere dalla qualificazione del sistema delle cure territoriali e dal governo dello stesso, mediante sistemi informativi che mettano in rete ospedali e territorio per la presa in carico del paziente rispetto alle proprie necessità assistenziali.

Infatti, incentrare la rete sulla base dei bisogni di salute dei cittadini e sulla diversa intensità del livello di cura, significa strutturare risposte che siano costantemente guidate dalle informazioni sullo stato della persona durante tutto il percorso di presa in carico, dalla prevenzione, alla fase acuta a quella subacuta e/o riabilitativa.

La Regione Molise, nella pianificazione 2015-2018, ha riconosciuto l'importanza di accompagnare la funzione di progettazione e indirizzo complessivo del sistema con la regolamentazione dei rapporti con gli erogatori privati. La programmazione per il triennio 2019-2021 prevede, di conseguenza, la definizione del ruolo delle strutture private convenzionate nel contesto del Sistema Sanitario Regionale, in rapporto alle esigenze della popolazione molisana e rispetto al recupero della mobilità passiva.

L'adesione ai programmi di prevenzione da parte della popolazione molisana rappresenta il cardine della programmazione 2019-2021 insieme agli interventi mirati al coinvolgimento delle persone nella gestione della propria salute mediante la consapevolezza del valore delle azioni di prevenzione.

L'azione proattiva in campo preventivo deve rendere il sistema sempre più in grado di intercettare il bisogno di salute dei cittadini per superare l'ottica basata esclusivamente sull'offerta di prestazioni sanitarie.

Nella formulazione del Programma Operativo della Regione Molise 2019-2021 ogni azione è mirata all'ottenimento degli obiettivi programmati e deve essere corredata da:

- Obiettivi specifici proposti;
- Linee di intervento specifiche e le relative modalità di attuazione;
- Individuazione dei soggetti interessati;
- Risultati specifici attesi e i tempi di realizzazione previsti per ogni risultato;
- Classificazione e stima dell'impatto economico delle azioni da inserire nel Programma Operativo in:

  - Azione ad impatto economico - non servono risorse aggiuntive per l'esecuzione dell'azione;
  - Azione di contenimento dei costi o di incremento dei ricavi - l'azione porta a un risparmio sulle voci di costo o a un incremento dei ricavi aumentando il risultato di esercizio del Conto Economico. A tali azioni è necessario associare una stima dell'impatto economico nel tempo;
  - Azione di sviluppo - interventi che necessitano l'investimento di somme. A tali azioni è necessario associare una stima dell'impatto economico nel tempo.

2 Stato dell'Arte sulla riorganizzazione e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale (POS 2015-2018)

La Regione Molise, a seguito dell'approvazione del POS 2015-2018 in Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atti n.155/CSR del 03.08.2016) e del successivo recepimento con DCA n.52 del 12.09.2016 (Invio SiVeAS prot_91_A_2016), ha implementato un cruscotto di monitoraggio degli adempimenti previsti dal POS, al fine di monitorare lo stato di attuazione del Programma.

Il cruscotto è stato costruito sulla base del cronoprogramma allegato al POS 2015-2018. All'interno sono presenti 15 Programmi/Obiettivi e ad ognuno è associato un set di indicatori di risultato e di processo. Gli indicatori sono 109 al netto delle azioni già poste in essere al momento della stesura del POS e che non prevedevano indicatori e tempistiche per il loro raggiungimento. Da invio SIVEAS (2019_90_A) del 04.07.2019, con riferimento a tutti gli obiettivi presenti all'interno del POS 2015-2018, le attività previste risultano rappresentate come segue (vd. Tabella 2):

- Il 78% delle attività risulta "completata";
- Lo 0% delle attività risulta "in linea" con le tempistiche previste dal cronoprogramma;
- Il 22% delle attività risulta "avviata ma non completata" rispetto alla data del presente monitoraggio.

TABELLA DI MONITORAGGIO				
PROGRAMMI /OBIETTIVI	INDICATORI	COMPLETATO	IN LINEA	AVVIATO MA NON COMPLETATO
1	2	2	0	0
2	1	0	0	1
3	1	0	0	1
4	2	2	0	0
5	4	3	0	1
6	5	0	0	5
8	2	0	0	2
9	3	3	0	0
10	11	11	0	0
11	59	45	0	14
12	0	0	0	0
13	4	4	0	0
14	10	10	0	0
15	1	1	0	0
Totale	**109**	**85**	**0**	**24**
Totale in %	**100%**	**78%**	**0%**	**22%**

Tabella 1: Focus Interventi complessivi POS 2015-2018

MONITORAGGIO		
Status	**N.**	**%**
COMPLETATI	85	78%
IN LINEA	0	0%
AVVIATO MA NON COMPLETATO	24	22%
Totale Output	**109**	**100%**

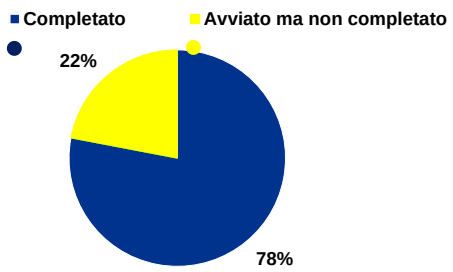

Tabella 2: Focus Interventi complessivi POS 2015-2018

In riferimento alle risultanze del cruscotto sopra riportate (Tab. 1 e Tab. 2), nell'evidenziare che la corretta conclusione degli interventi previsti dal POS è stata fortemente compromessa dall'assenza del Commissario ad Acta nel periodo dal 08.05.2018 al 27.12.2018, data di insediamento della Nuova Struttura Commissariale, nominata con DPCM del 07.12.2018, ad integrazione di quanto rappresentato nella relazione di aggiornamento sullo stato di attuazione degli interventi previsti dal POS 2015-2018 (invio SIVEAS(2019_90_A) del 04.07.2019) si rappresenta che sono state intraprese una serie di azioni che hanno consentito il completamento di alcuni indicatori in precedenza evidenziati come "Avviati ma non completati" e il miglioramento dello stato di attuazione di altri.

Di seguito si evidenziano gli **indicatori completati**:

Punto 7 Rapporti con gli erogatori privati – 7.1 Stipula intese e contratti con erogatori privati accreditati
Sottoscrizione contratti di acquisto delle prestazioni con gli erogatori privati accreditati per l'anno 2017
Sottoscrizione contratti di acquisto delle prestazioni con gli erogatori privati accreditati per l'anno 2018

- Per quanto attiene le strutture private a diretta gestione aziendale l'ASReM ha completato l'attività di contrattualizzazione a tutto il 2018 sottoscrivendo i contratti anche con l'Istituto Fisiomedica Loretana di Toro e la struttura Carsic;
- In riferimento all'acquisto di prestazione di assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale a carattere terapeutico socio-riabilitativo, per gli anni 2016, 2017, 2018, sono stati sottoscritti tutti i contratti previsti.

Punto 11 Riequilibrio Ospedale-Territorio - 11.1 - Riassetto della rete Ospedaliera regionale
Stipula degli accordi contrattuali con le strutture private, per l'anno 2018
Sono state contrattualizzate le strutture Istituto Fisiomedica Loretana di Toro e Carsic di Venafro, permettendo il completamento dell'intervento;

Di seguito si evidenziano le azioni che hanno determinato un **miglioramento degli indicatori** degli interventi "Avviati ma non completati" che devono essere oggetto nella programmazione del nuovo PO 2019-2021:

- **Punto5 Accreditamento** La Struttura Commissariale ha trasmesso in preventiva approvazione ai Ministeri affiancanti la proposta di Decreto del Commissario ad Acta con nota prot. n. 132897/2019 invio SIVEAS 119_A, che recepisce i rilievi formulati dai Ministeri durante l'ultimo Tavolo di Verifica. Provvedimenti. Annullamento e sostituzione» (invio SiVeAS prot. 81_A_2019). Nelle more della validazione ministeriale e della conseguente adozione, la Struttura Commissariale intende intraprendere una verifica della disponibilità di altre regioni a collaborare con i propri valutatori per l'espletamento delle attività di verifica previste dall'intervento. Successivamente alla costituzione dell'OTA presso la Regione Molise, le verifiche per il rilascio dell'accreditamento saranno effettuate dal costituendo Organismo regionale;
- **Punto 8 Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi** La Centrale Unica di Committenza sta provvedendo ad effettuare le procedure consequenziali ed ha già provveduto ad aggiudicare n.14 gare. Inoltre con l'adozione del DCA n.40 del 10.04.2019 è stato istituito un gruppo di lavoro tematico tra Direzione Generale per la Salute della Regione Molise, ASReM e Centrale Unica di Committenza con specifiche competenze in materia di monitoraggio di acquisti di beni e servizi del settore sanitario e ricognizione dei contratti attivi presso l'ASReM. A seguito dell'attività portata avanti dal gruppo di lavoro costituito con il DCA n.40/2019, la Centrale Unica di Committenza ha provveduto all'acquisto di alcune tipologie di farmaci e vaccini avvalendosi di gare bandite da altre Centrali di Committenza iscritte nell'elenco dei Soggetti Aggregatori, conseguendo un notevole risparmio;
- **Punto 11 Riequilibrio Ospedale-Territorio - 11.1 - Riassetto della rete Ospedaliera regionale - Attivazione primi trasferimenti integrazione Gemelli Molise S.P.A. – Cardarelli** Si rappresenta che la Struttura Commissariale ha provveduto a trasmettere la comunicazione prot. n.64898/2019 del 29.05.2019 (Invio SIVEAS 64-A del 29.05.2019) con la quale, considerata la complessità e peculiarità degli aspetti organizzativi e dei profili giuridici afferenti il progetto di Integrazione (che assume, ad oggi, carattere eccezionale e sperimentale nel contesto di riferimento) è stata richiesta l'attivazione di un tavolo di affiancamento da parte di Codesti Spett.li Ministeri allo scopo di addivenire ad una completa definizione del progetto;

Infine, si segnala l'opportunità di considerare lo stralcio, dalla valutazione nell'ambito del cruscotto del POS, dell'indicatore al punto **11 Riequilibrio Ospedale-Territorio 11.1 - Riassetto della rete Ospedaliera regionale Disattivazione del Punto Nascita di Isernia** relativo alla chiusura del Punto Nascita di Isernia, in considerazione delle mutate condizioni che rendono l'indicatore non più attuale. Nello specifico, si rappresenta che la Regione ha chiesto il parere di deroga alla chiusura del Punto Nascita (PN) di Isernia. Il Comitato Percorso Nascita nazionale (CPNn) nella riunione del 9.10.2018 ha formulato parere favorevole alla deroga per un anno con prescrizione al monitoraggio dell'attività del PN, al fine di poter procedere ad una nuova valutazione entro l'anno.

3 Modello di SSR 2019-2021: obiettivi e strategie di sviluppo

La Regione Molise negli ultimi anni ha intrapreso un percorso di attuazione degli interventi di riordino, razionalizzazione ed equilibrio previsti dal Programma Operativo Straordinario 2015-2018 e dai successivi atti regionali/aziendali in prosecuzione dello stesso.

Nonostante i numerosi sforzi fatti negli anni il fabbisogno assistenziale della popolazione regionale non risulta a pieno soddisfatto e ciò si traduce in una risposta non sempre idonea da parte dell'attuale rete di offerta regionale.

Con il presente Programma Operativo si intende, quindi, creare le condizioni necessarie ad adeguare l'offerta di assistenza socio-sanitaria alle reali esigenze della popolazione molisana, offrendo, quindi prestazioni adeguate a una domanda in continua evoluzione, garantendo, al tempo stesso, un Servizio Sanitario Regionale universale e sostenibile dal punto di vista economico-finanziario.

Con questo obiettivo strategico principale si intende nei prossimi tre anni oggetto del presente piano:

- Potenziare le attività regionali di promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio;
- Migliorare la rete di offerta ospedaliera regionale, secondo principi di sicurezza, qualità ed efficienza delle cure;
- Potenziare la rete di offerta territoriale regionale in coerenza con i bisogni socio-assistenziali della popolazione;
- Predisporre un'efficace *Governance* dell'assistenza farmaceutica e dei dispositivi medici;
- Investire in selezione, formazione e valutazione delle risorse umane;
- Accelerare in investimenti in infrastrutture e tecnologie;
- Potenziare il patrimonio informativo socio-sanitario a supporto del monitoraggio e *governance* del SSR;
- Raggiungere tutti gli obiettivi previsti dal Percorso Attuativo della Certificabilità dei Bilanci previsto dalla Regione.

4 Promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio

4.1 Attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione

4.1.1 Attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione

Piano regionale di Prevenzione

Nel corso del 2019 sarà eseguito il completamento delle attività inserite nei dodici programmi del Piano regionale della Prevenzione approvato con DCA n.44 del 30.06.2016 ed assolvimento dell'obbligo di rendicontazione al Ministero della Salute ai sensi del paragrafo 5.2. dell'Allegato "A" del Documento di valutazione del PNP 2014-2018 di cui Accordo Stato Regioni del 25.03.2015 - Rep. Atti n.56/CSR.

Risultato atteso al 31.12.2019

N. indicatori “sentinella” di tutti i programmi definiti per l'anno 2019 aventi uno scostamento tra il «valore osservato» e quello «atteso» non superiore al 20% / n. indicatori “sentinella” 2019 **≥ 80%.**

Scadenza obbligo di rendicontazione al Ministero: 31 03 2020.

Negli anni 2020-2021 si assicura l’espletamento delle attività secondo la tempistica che andrà a definirsi nel nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025.

Programma triennale per la prevenzione del randagismo 2019-2021

Si premette che le attività in tema di prevenzione e contrasto al randagismo nel corso degli anni 2016-2018 e 2019 in corso, sono state attuate in linea con le misure previste dal Piano triennale di Prevenzione del Randagismo approvato con DGR n.806 del 18 12 2012 che, di fatto, è partito con notevole ritardo.

Nell'anno 2016 e successivi sono entrate a regime ed attuate le principali misure previste dal piano, realizzate in parte con il progetto “FIDO UNO DI NOI”, affidato all’ASReM, che ha centrato l’attenzione, in particolare, sulla promozione della identificazione e registrazione dei cani nella Banca Dati regionale. Inoltre sono state implementate, sempre in linea con il piano, le altre attività previste: cofinanziamento regionale per adeguamento canili pubblici, sterilizzazioni, servizio di cattura cani, adozioni, formazione, controlli ufficiali dei canili pubblici e privati.

Nel corso del 2019 sono state avviate le attività propedeutiche alla nuova programmazione attraverso una consultazione tra i principali portatori di interesse locale (Servizio Veterinario Regionale, Servizio Veterinario ASReM - UOC Sanità Animale, IZS AM, Ordini dei Medici Veterinari delle province di Campobasso e Isernia, Associazioni protezionistiche territoriali). Tale modello partecipativo dovrebbe consentire l’adozione di un documento di pianificazione integrato, che individui le problematiche di settore e le relative soluzioni da mettere in atto. Entro il 2020 è prevista l’adozione del Documento di pianificazione, con DCA della Struttura Commissariale. Successivamente, si darà piena attuazione alla fase operativa per la quale, con successiva comunicazione, verranno dettagliati obiettivi e relative tempistiche.

Screening oncologici ed adesione ai programmi organizzati

Nella 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, dal 2007 è attivo anche lo screening per la neoplasia del colon-retto.

Con riferimento a quest'ultimo, è stato adottato il Decreto del Commissario ad acta n. 90 del 17/12/2020, con il quale è stato approvato lo schema di accordo quadro tra la Regione Molise, l'ASReM e Federfarma Molise per l'erogazione di prestazioni assistenziali nell'ambito delle farmacie. In particolare, al fine di favorire la massima adesione della popolazione, sono oggetto dello schema di accordo citato, tra gli altri, i servizi per lo Screening per la diagnosi precoce del cancro del colon retto.

Tuttavia, gli indicatori registrati negli anni 2019 e 2020 mostrano valori non ancora soddisfacenti e, pertanto, verranno messi in atto interventi mirati all'incremento delle adesioni ai programmi di screening.

OBIETTIVO - Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori di oggetto di screening).
Aumentare la percentuale di persone che ricevono l'invito al programma di screening sulla popolazione bersaglio attraverso:
- Formazione/aggiornamento per gli attori;
- Messa a punto di una nuova campagna informativa (mass media, manifesti, brochures, etc.) con coinvolgimento di attori istituzionali (Regione, Asrem, Associazioni di volontariato, etc.);

OBIETTIVO - Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico.
Si intende riorientare la prevenzione individuale e spontanea verso i programmi di screening con conseguente riduzione dell'attività extra screening e incremento del tasso di adesione allo stesso (percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio).
Contestualmente, la Regione Molise intende adottare un protocollo operativo per ampliare gradualmente la popolazione target normalmente invitata allo screening mammografico all'età 45 - 74 anni.
Fasi di articolazione:
a) Riorientare la prevenzione individuale e spontanea verso il programma di screening attraverso la definizione e realizzazione di una nuova campagna informativa ed iniziative volte a sollecitare la collaborazione dei MMG;
b) Adozione di atti regionali di ampliamento del target di popolazione.

Rafforzamento delle coperture vaccinali

Alla rilevazione dell'anno 2019 la copertura vaccinale per morbillo, parotite e rosolia risulta del 91,95% per la popolazione infantile a 24 mesi di vita, e del 93,15% per quella a 36 mesi. Tali risultati sono da ritenersi ottimali in considerazione che sono stati ottenuti grazie alla **chiamata attiva** nei confronti dei soggetti suscettibili, in un contesto di grave carenza di personale.

Gestione dei conflitti di interessi nell'ambito degli audit di cui all'art.4 (c. 6) del Reg.CE n.882/2004.

Con DDG n 221 del 15 ottobre 2015 la Regione ha adottato delle proprie Procedure per la gestione degli audit ai sensi del citato Reg.CE.
Nel corso del corrente anno l'intera procedura sarà oggetto di un aggiornamento attraverso il seguente percorso:

- Costituzione, entro il 31.3.2020, di un Gruppo di Lavoro per la predisposizione delle Linee Guida regionali sulla gestione del conflitto d'interesse degli addetti al controllo ufficiale in materia di sanità veterinaria e sicurezza alimentare, da approvare entro il 30.10.2020; tali Linee Guida dovranno contenere procedure e modulistica univoche e l'obbligo da parte dell'ASREM a dare evidenza documentale di tale attività;
- Perfezionamento della procedura per la gestione degli audit dell'ACR sulle ACL e delle ACL sugli OSA;
- Istituzione degli elenchi regionali per responsabile gruppo audit, auditor, esperto tecnico e definizione dei requisiti/competenze per l'iscrizione negli elenchi di tali figure.

Iniziative per aumentare la competenza sanitaria dei Servizi riguardo le procedure sanitarie richieste per l'export dei prodotti, per l'efficace attuazione del Regolamento 2017/625 e dei successivi regolamenti di esecuzione.

Si rappresenta che in data 5 e 6 febbraio u.s. la Regione Molise ha organizzato un evento ECM (16 crediti), accreditato per 100 partecipanti Medici, Medici Veterinari e Tecnici per la Prevenzione, sulle novità apportate dal Reg 625/2017, e dai regolamenti delegati e di esecuzione, in materia di controlli ufficiali per la sicurezza alimentare.

Inoltre è stato chiesto alla Asrem, nota prot. 28045/2020, di attivare ulteriori percorsi formativi riguardo le procedure sanitarie richieste per l'export dei prodotti alimentari, che dovrebbero concretizzarsi nel corrente anno.

Potenziare ed efficientare i controlli svolti nella fase di commercializzazione e distribuzione degli alimenti, con particolare attenzione, tra l'altro, alla ristorazione pubblica e collettiva, rafforzando l'analisi e la programmazione basata sui rischi.

Nel corso del corrente anno sarà adottato un protocollo operativo, condiviso con la ASREM, teso a rafforzare l'analisi e la programmazione basata sui rischi. Alla competente U.O.C. ASREM è stato già richiesta una collaborazione attraverso la predisposizione di una proposta operativa per la successiva condivisione.

Azioni concernenti le profilassi di Stato

In riferimento ai provvedimenti relativi ai programmi di eradicazione, profilassi della tubercolosi bovina, leucosi bovina, brucellosi bovina e brucellosi ovi-caprina approvati con i **DCA n. 62 del 9/05/2019-DCA n. 61 del 9/05/2019** si rappresenta che le procedure di controllo saranno aggiornate con l'emanazione dei prossimi DCA nel mese di febbraio/marzo che prevederanno la verifica dell'efficacia dei controlli, prevista dall'articolo 8.3 del Regolamento CE n. 882/2004, già insita nel programma operativo della UOC di Sanità Animale – anno 2019.
Saranno richiamate le modalità operative per l'utilizzo del sistema SANAN per l'afflusso dei dati completi, così come previsto dal comma 6 dell'art. 3 dell'ordinanza Ministeriale 28/05/2015 anche tramite le funzionalità dei "cruscotti" per il monitoraggio in tempo reale dei suddetti Piani di eradicazione e sorveglianza e per la verifica dell'efficacia prevista dall'art. 12 della suddetta Ordinanza.

Vigilanza veterinaria su canili e rifugi

Per incrementare l'efficacia e l'uniformità dell'attività di controllo sui canili insistenti della regione Molise è stato implementato attraverso il Servizio Veterinario di Sanità Animale dell'ASReM il "Manuale per la gestione dei controlli ufficiali nei canili" pubblicato sulla *Home page* della Banca Dati Regionale degli Animali d'Affezione all'indirizzo web: https://anagrafecanina.vetinfo.it/j6_siraaf/#/informazioni/infographs
Detto manuale contiene una serie di procedure e protocolli da considerare come strumenti per eseguire i controlli ufficiali nelle strutture di ricovero per cani, in maniera uniforme su tutto il territorio regionale.
Si tratta di protocolli innovativi in quanto introducono pratiche di valutazione del comportamento, di educazione e di riabilitazione comportamentale, lungo tutta la filiera per cui passa un cane abbandonato (dal canile sanitario, al canile rifugio, fino all'adozione).
I controlli di audit ed i controlli ufficiali mensili, sono basati, oltre che sui requisiti ambientali-strutturali, anche su misurazioni direttamente compiute sugli animali o "*animal based measures*" (come suggerito dall'EFSA), che secondo i più recenti studi sull'etologia, attribuiscano al comportamento animale il giusto valore nella valutazione del benessere. A tal fine, le osservazioni cliniche e comportamentali sugli animali, sono ispirate ai principi del Protocollo "Shelter Quality" dell'IZSAM.

Anagrafe canina

In tema di prevenzione e contrasto al randagismo/vagantismo la Regione Molise, di concerto con il Servizio Veterinario - UOC di Sanità Animale dell'ASREM, ha incentrato, tra le altre attività, l'attenzione sulla promozione della identificazione e registrazione dei cani nella Banca Dati degli Animali d'Affezione con un sensibile incremento delle identificazioni e iscrizione dei cani in banca dati.
Inoltre per stimolare la responsabilizzazione e la partecipazione attiva dei detentori degli animali d'affezione, sono in corso, in collaborazione con l'IZS AM, procedure per l'implementazione, nel software di gestione dell'anagrafe canina, della funzione di registrazione degli utenti proprietari di animali, per l'accesso alla consultazione del proprio registro di detenzione e per la gestione delle notifiche dei decessi e degli smarrimenti/ritrovamenti dei propri animali d'affezione.
L'implementazione della procedura verte sulla possibilità per ogni utente di ottenere il rispettivo account di accesso, attraverso una funzione di registrazione automatica implementata nel portale della banca dati degli animali d'affezione. In tal modo si dà la possibilità a tutti gli utenti registrati, non solo di controllare i propri cani

detenuti, ma anche di notificare automaticamente le morti e gli smarrimenti/ritrovamenti con indubbie ripercussioni favorevoli sull'efficacia del sistema anagrafico.
Nel corso del corrente anno è previsto anche un Audit della ACR sul sistema di gestione dell'anagrafe canina dell'ACL.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmati	
Completamento delle attività contenute nel Piano regionale della Prevenzione	
Attuazione Programma triennale per la Prevenzione del randagismo 2019-2021	
Recepimento del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025	
Indicatori di risultato	**Tempistica**
Scostamento tra "valore osservato" e "valore atteso" per n. indicatori sentinella ≤20%/n. indicatori sentinella 2019 ≥80% per tutti i programmi definiti per il 2019	**31.12.2019**
Rendicontazione al Ministero	**31.03.2020**
DCA ad oggetto "Documento di pianificazione del programma per la prevenzione del randagismo 2019-2021"	**31.12.2020**
Emanazione DCA atto a recepire il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025	**31.12.2020**
Emanazione DCA atto ad approvare il Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025	**31.12.2021**
Responsabile del procedimento attuativo	
Dirigente Responsabile del Servizio Prevenzione – Veterinaria e Sicurezza Alimentare delle Direzione Generale per la Salute	
DG ASReM – Dipartimento di Prevenzione ASReM	

5 Programmazione socio sanitaria della Regione Molise

5.1 L'offerta regionale delle Reti Assistenziali: l'area ospedaliera

La rete ospedaliera delineata per il triennio 2019-2021 è finalizzata a promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse.
Il modello di rete ospedaliera già configurato nel Programma Operativo Straordinario 2015-2018, è basato sull'adozione del sistema *Hub* e *Spoke*.

L'*Hub* del sistema è stato individuato nell'Ospedale Cardarelli di Campobasso, il maggiore ospedale pubblico regionale, situato al centro del territorio regionale e pertanto raggiungibile in tempi omogenei da tutta la regione.

Gli ospedali *Spoke* sono localizzati a Termoli ed Isernia.

L'Ospedale di Agnone, situato nell'area montana della Regione, è stato individuato quale presidio di area disagiata, in accordo con gli standard del DM 70/2015.

La riconversione dei presidi ospedalieri di Larino e Venafro in Ospedali di Comunità ha consentito di potenziare le cure primarie ed intermedie sul territorio in una logica di integrazione tra ospedale e territorio per la presa in carico complessiva del paziente.

Figura 1: L'offerta ospedaliera regionale

L'offerta ospedaliera regionale è completata dalle strutture private accreditate:

- Gemelli Molise Spa (già Fondazione di ricerca e cura "Giovanni Paolo II") a Campobasso;
- IRCCS Neuromed che ha sede a Pozzilli (IS);
- GEA Medica a vocazione esclusivamente riabilitativa, ad Isernia;
- Casa di Cura "Villa Esther" a Bojano (CB);
- Casa di Cura "Villa Maria" a Campobasso.

Il presente documento delinea una ridefinizione della rete ospedaliera regionale, adeguandola ulteriormente ai bisogni di salute espressi dalla popolazione, alla fase di valorizzazione del capitale umano già esperto e di quello di recente assunzione, alla efficienza e alla sicurezza delle reti delle patologie tempo-dipendenti.

Viene mantenuto il modello organizzativo *Hub&Spoke* che assicura un'adeguata risposta alle esigenze di efficacia ed equità dell'offerta ospedaliera distribuita sul territorio, oltre che di efficienza nell'uso delle risorse.
L'assetto, infatti, articolato in Presidi Ospedalieri presenti sul territorio, favorisce l'unitarietà del sistema erogativo regionale, l'integrazione funzionale, il raggiungimento di elevati livelli di omogeneità nell'accesso e nella qualità dei servizi sanitari erogati attraverso la rete.

Rispetto alla rete ospedaliera regionale, si programma un numero complessivo dei posti letto pari a 1.032 che, in relazione alla popolazione residente in Molise (308.493 ab., al 01.01.2018), determina un rapporto di 3,2 posti letto per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per 1.000 ab. per la riabilitazione e la lungodegenza post acuzie, quindi entro lo standard fissato dal DM 70/2015 (3,7pl*1.000 ab.).

La rete ospedaliera pubblica regionale sarà costituita dagli ospedali:

- "Cardarelli" di Campobasso - Hub;
- "San Timoteo" di Termoli - Spoke;
- "Veneziale" di Isernia - Spoke.
- "Caracciolo" di Agnone – Ospedale di area disagiata

Entrano a far parte delle rete, completando l'offerta sanitaria ospedaliera della Regione Molise, le strutture private accreditate, tra le quali i due grandi erogatori privati, FGPII e IRCCS Neuromed, che, ognuno per le proprie attività caratteristiche, partecipano, altresì, alla rete dell'emergenza.

In ossequio alle disposizioni del DM 70/2015, per le discipline non presenti nell'ambito Regionale, si prevede la stipula di accordi di confine con le Regioni limitrofe che ne siano dotate.

In tal modo, il sistema ospedaliero è articolato su strutture coordinate che, concentrando attività e competenze per assicurare efficienza, sono in grado di offrire una risposta qualitativamente adeguata ai bisogni di salute e, al contempo, assicurare i volumi di attività previsti dagli standard nazionali.

La rete oncologica

Nell'ambito della complessiva assitenza ospedaliera, in ossequio alle previsioni del D.M. n. 70/2015, si indicano le reti per patologia da attivare prioritarimante. Tra queste la definizione del sistema regionale di assistenza alle patologie oncologiche ha determinato per la Regione Molise, in attuazione del Programma Operativo Straordinario 2015-2018, la costituzione di un gruppo di lavoro che ha definito il modello assitenziale per i pazienti oncologici.
In materia la Regione Molise ha adottato il Decreto del Commissario ad Acta n. 25 dell'11.04.2017 recante "l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro – Anni 2014-2016" (Rep. N. 144/CSR del 30 ottobre 2014). Recepimento.", e il Decreto del Commissario ad acta n.44 del 18 luglio 2017 - "Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sul documento recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia" (Rep. N. 185/CSR del 18 dicembre 2014). Recepimento.".
Con Invio SIVEAS n. 55 - A del 3.05.2018 è stato trasmesso in preventiva approvazione lo schema di Decreto relativo all'approvazione del Documento inerente Rete Oncologica Regionale del Molise (ROR Molise).
In ossequio alle linee di indirizzo di cui alle Intese nonché secondo le previsioni del POS 2015-2018 è stata attivata l'articolazione funzionale unica di Chirurgia Senologica e Breast Unit, struttura a valenza dipartimentale, afferente al Dipartimento Strutturale Chirurgico, presso il PO di Cardarelli.
Si è proceduto altresì con la Deliberazione del Direttore Generale ASReM n. 1322 del 30-10-2019 ad istituire il Gruppo multidisciplinare preposto alla definizione di un "Percorso senologico Diagnostico-Terapeutico e

Assistenziale (PDTA) per la presa in carico delle pazienti che afferiscono alla Breast Unit", che tra l'altro, ha lo scopo di concentrare presso la citata struttura gli interventi di chirurgia senologica.
Si prevede, dunque, di continuare nel'azione di miglioramento dei percorsi assistenziali del paziente oncologico attraverso la definizione della relativa rete clinico-assistenziale ad opera del Coordinamento della rete oncologica regionale costituito con il Decreto del Commissario ad acta n. 17 del 05.03.2020.

Ospedale "Cardarelli" di Campobasso

L'Ospedale "Cardarelli" è DEA di I livello, secondo gli standard legati al bacino d'utenza previsti dal DM.70/2015 e *HUB* della complessiva rete Ospedaliera della Regione Molise. È situato in posizione baricentrica nel capoluogo di regione, che ha rappresentato storicamente di fatto il riferimento per gli altri ospedali pubblici regionali.
Lo stesso presidio è *Hub* per le patologie tempo-dipendenti con presenza di *STROKE UNIT* di I livello (rete ictus), CTZ- TRAUMA TEAM (rete trauma), Emodinamica interventistica H24 e UTIC (rete cardiologica), Neonatologia e TIN (rete neonatologica). È HUB, inoltre, per la patologia neoplastica per la presenza della UOC Oncologia, della *BREAST UNIT*, dei servizi centralizzati di Anatomia Patologica e Medicina Nucleare e per la prossimità con la struttura sanitaria Gemelli Molise Spa (già Fondazione "Giovanni Paolo II"), sede dell'unica radioterapia regionale.

L'organizzazione sul territorio della sanità molisana deve prevedere necessariamente la distribuzione degli ospedali così come delineata, al fine di sostanziare la offerta sanitaria sul territorio, basandosi sul principio di qualità ed equità dell'offerta.
All'ospedale "Cardarelli,di Campobasso cui è attribuito il ruolo di Hub necessita di soluzioni organizzative e gestionali per la riprogettazione dei processi assistenziali intraospedalieri con l'obiettivo di migliorare i livelli di appropriatezza e qualità delle prestazioni.
A tale scopo si intende declinare un nuovo modello organizzativo, basato sulle aree funzionali omogenee, che consentono l'aggregazione di discipline con l'obiettivo di offrire all'utenza competenze necessarie al soddisfacimento del fabbisogno rispetto alle esigenze della popolazione molisana.
L'area funzionale Omogenea, (A.F.O.) è caratterizzata da ambiti funzionali omogenei per finalità e tipologia di intervento sia rispetto alle discipline mediche che chirurgiche.

Rilevante ai fini dell'efficacia dell'attività, il modello organizzativo AFO consente di aggregare posti letto e funzioni sia nello stesso presidio, o l'accorpamento con altra struttura in altro presidio funzionalmente collegato per il rispetto dello standard dei posti letto..
All'interno delle U.O. complesse di Medicina Interna e Chirurgia Generale possono essere destinati posti letto ad attività specialistiche organizzati per aree omogenee e/o complementari, definite "Area Funzionalmente Omogenea" (AFO), compatibili con le stesse discipline di base non presenti nel presidio, affidata a personale medico in possesso della specializzazione specifica, con gestione comune delle risorse, incluse quelle umane.
Il modello organizzativo così delineato permette di assicurare agli abitanti della Regione mOlise una corretta assistenza di prossimità garantendo criteri organizzativi volti all'efficienza anche mediante la razionalizzazione delle risorse.

L' AFO Chirurgica-Traumatologica rappresenta una necessità organizzativa in DEA di I livello, Centro Traumatologico di Zona regionale, in cui la gestione del paziente politraumatizzato è assicurata da un trauma team che preveda anche il chirurgo toracico, il chirurgo vascolare, il neurochirurgo.
Il TRAUMA MAGGIORE è il risultato di un evento in grado di causare lesioni mono o multi-distrettuali (politrauma) tali da delineare un rischio immediato o potenziale per la sopravvivenza del paziente.
La corretta gestione del trauma grave è determinante sia dal punto di vista degli outcome del paziente in termini di sopravvivenza e disabilità, sia dal punto di vista della spesa sanitaria.
La letteratura internazionale dimostra come la corretta impostazione della catena dei soccorsi rappresenta la variabile fondamentale per l'esito.
La continuità del trattamento è assicurata in modo ottimale da professionisti che operano sia in ambito territoriale che all'interno del centro traumi di riferimento: questo assicura un trattamento omogeneo, secondo principi e priorità in intervento condivise.
In particolare è documentata l'efficacia del modello organizzativo che preveda, nella fase intraospedaliera, la presa in carico del paziente da parte di un equipe multidisciplinare e multiprofessionale dedicata, definita TRAUMA TEAM.
Il trauma team è l'insieme delle figure professionali, medici ed infermieri, con diversa specializzazione, esperti nel trattamento del traumatizzato grave, che consentono un approccio "simultaneo", e non più solamente

"sequenziale", al paziente politraumatizzato grave. L'AFO chirurgica rende possibile la gestione multidisciplinare e multiprofessionale assicurando l'attivazione di un trauma team completo che, secondo la letteratura scientifica la gestione simultanea del paziente politraumatizzato migliora significativamente l'outcome.

L'AFO medica, costituita dalle discipline Gastroenterologia Pneumologia Endocrinologica è funzionale alla gestione integrata di pazienti complessi , favorendo l'implementazione dei PDTA e il rapporto con il territorio, favorendo la corretta presa in carico del paziente e l0'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri.

In virtù del ruolo che svolge, l' "Ospedale Cardarelli" deve essere dotato, tra l'altro, della Radiologia interventistica, per assicurare la presenza di procedure diagnostico-terapeutiche mini invasive, in particolare, per la gestione delle patologie tempo-dipendenti.

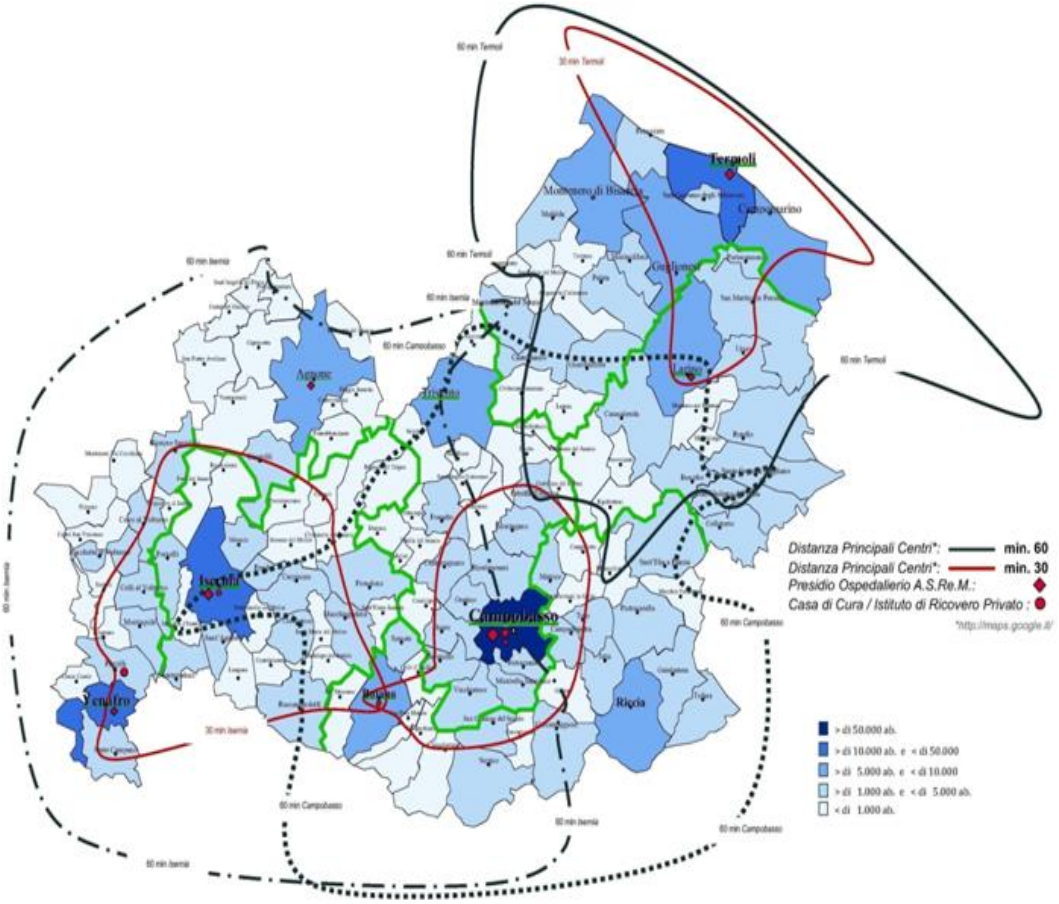

Figura 2 Rete ospedaliera regionale

Ospedale "Veneziale" di Isernia

Il "Veneziale" è Presidio Ospedaliero di Base, secondo gli standard legati al bacino d'utenza previsti dal DM.70/2015. Classificato come *SPOKE*, è sede di Pronto Soccorso dotato di letti di "Osservazione Breve Intensiva" con la presenza di Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità sulle 24 ore (h.24) di Radiologia, Laboratorio, Emoteca.

È mantenuto nel Presidio Ospedaliero di Isernia il Punto Nascita di I livello, per cui è stata accordata la persistenza in deroga all'Accordo Stato Regioni 16.12.2010, per i Punti Nascita con volumi di attività inferiori a 500 parti/anno. La presenza del Punto Nascita presso l'Ospedale di Isernia implica il mantenimento degli standard organizzativi strutturali e di sicurezza come da Accordo Stato-Regioni del 16.12.2010 recante: "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo".

Ospedale "San Timoteo" di Termoli

Il "San Timoteo" è Presidio Ospedaliero di Base, secondo gli standard legati al bacino d'utenza previsti dal DM.70/2015. Classificato come *SPOKE*, è sede di Pronto Soccorso dotato di letti di "Osservazione Breve Intensiva" con la presenza di Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità sulle 24 ore (H24) di Radiologia, Laboratorio, Emoteca.

È mantenuto nel Presidio Ospedaliero di Termoli la Cardiologia con Emodinamica. Il Presidio si connota, infatti, per rilevanti volumi di attività in tale disciplina in particolare con riferimento alle procedure endovascolari terapeutiche e diagnostiche, con capacità attrattive anche per i pazienti residenti nelle regioni confinanti.
Per l'Ospedale di Termoli, inoltre, sono previsti accordi di collaborazione con l'Azienda Sanitaria "Chieti-Vasto-Lanciano", in particolare con l'Ospedale "San Pio di Vasto", la *Stroke Unit,* l'Emodinamica e la Traumatologia e il Punto Nascita, con modalità da definire in futuri accordi, tra cui anche la organizzazione di equipe miste di professionisti che si sposteranno da un presidio all'altro per gestire in maniera più adeguata prestazioni ad elevata complessità, ottimizzando le risorse umane e logistiche ed evitando lo spostamento di pazienti fra una struttura e l'altra. La collaborazione tra i due ospedali assicura alla popolazione residente sulla fascia costiera di Molise ed Abruzzo un Presidio che eroga prestazioni di alta complessità.

Relativamente al Punto Nascita, con parere del Comitato Percorso Nascita nazionale (prot. n. 133938 del 22/10/2018), veniva chiesto alla regione Molise di procedere alla relativa chiusura ed all'attivazione di accordi interregionali per l'accoglienza delle partorienti presso i Punti Nascita dell'Abruzzo.
Atteso il parere del Comitato Percorso Nascita nazionale e considerata altresì la grave carenza di organico, con nota commissariale n. 78739/19 ne era stata disposta la chiusura.
Con sentenza n.80/2021 TAR Molise la nota commissariale è stata annullata e le attività di ostetricia sono riprese.

Ospedale "Caracciolo" di Agnone

Il Presidio Ospedaliero di Agnone, al centro dell'area alto molisana, la quale presenta una conformazione geo-morfologica assai complessa, quale Presidio sanitario di area disagiata può rispondere alle esigenze del territorio dell'alto Molise nonché a quelle della popolazione delle aree di confine con l' Abruzzo. Lo stesso, pertanto, può caratterizzarsi per la garanzia percorsi assistenziali specifici, capaci di soddisfare i bisogni sanitari e sociali di un territorio disagiato.

Strutture Private Accreditate

In ragione della qualificata offerta assistenziale del Gemelli Molise S.p.A. (di seguio denominato Gemelli Molise) e dell'IRCCS Neuromed, presso le stesse sono presenti discipline complementari rispetto a quelle degli ospedali pubblici.

La struttura Gmnelli Molise è situata a poche centinaia di metri dall'Ospedale Cardarelli di Campobasso (*Hub* del sistema dell'emergenza), è dotata della disciplina di Cardiochirurgia e, pertanto, partecipa alla rete dell'emergenza cardiologica per la funzione specifica.
L'IRCCS Neuromed, Istituto di Ricerca e Cura a carattere scientifico nell'ambito delle neuroscienze partecipa alla rete per la funzione neurochirurgica, con il ruolo nella rete del trauma, per la sola gestione del Trauma cranico isolato, e nella rete dell'ictus, per le sole situazioni in cui il trasporto del malato presso la struttura non pregiudichi il rispetto dei tempi di trattamento.

Il ruolo del privato accreditato risulta preminente nell'ottica del completamento del complessivo sistema di offerta della Regione, anche rispetto agli standard previsti dal DM 70/2015, nonché in funzione del recupero

della mobilità passiva. Quest'ultima, infatti, si è caratterizzata per un progressivo incremento nel corso degli ultimi cinque anni.
Risulta evidente che per un efficace e duraturo recupero della mobilità passiva è determinante il contributo di tutti i soggetti che partecipano all'offerta assistenziale e, dunque, anche degli erogatori privati accreditati. Per le finalità esposte si riconosce anche il ruolo delle case di cura private accreditate che in ragione del ruolo possono costituire utile supporto nel processo di progressiva strutturazione dell'offerta sanitaria pubblica.

Attraverso l'integrazione funzionale con i privati accreditati sarà garantita una maggiore efficacia delle reti cliniche.

L'integrazione funzionale potrà declinarsi nei termini di un accordo volto a strutturare una collaborazione per disciplinare attività di interesse comune nelle aree:

- Farmaceutica: Gestione condivisa per la distribuzione diretta dei farmaci in dimissione e politiche di efficienza prescrittiva;
- Emergenza-Urgenza: Gestione condivisa della casistica in emergenza-urgenza;
- Post acuzie: Percorso condiviso di Riabilitazione e per l' inserimento presso le strutture territoriali;
- Liste d'attesa: Definizione azioni condivise per abbattimento liste di attesa;
- Integrazione Ospedale/Territorio: Definizione politiche per massimizzare l'efficienza delle risorse disponibili.

Progetto di integrazione dell'Ospedale "Cardarelli" di Campobasso presso la struttura FDPII oggi Gemelli Molise s.p.A.

Il progetto di integrazione dell'Ospedale "Cardarelli" di Campobasso presso la struttura FDPII oggi Gemelli Molise s.p.A., già previsto dal Programma Operativo Straordinario 2015-2018, sarà oggetto di ulteriori approfondimenti.

La rete trasfusionale

Il sistema trasfusionale italiano è stato storicamente caratterizzato da una frammentazione delle strutture addette alle attività trasfusionali regionali e fino al 2018 la Regione Molise non faceva eccezione al modello nazionale con la presenza di tre strutture trasfusionali nei presidi ospedalieri di Campobasso (UOC)- Termoli (SIT)- Isernia(SIT) che gestivano complessivamente circa 14.000 unità di sangue intero/anno. Questo modello organizzativo prevedeva, quindi, che ogni servizio trasfusionale lavorasse e conservasse gli emocomponenti in maniera indipendente dagli altri presidi. Ciò comportava anche la mancanza di una frigoemoteca centrale poiché ogni Servizio aveva una propria giacenza con inevitabile effetti negativi sul controllo del fabbisogno e della produzione.

La Riorganizzazione della Rete Trasfusionale

A decorrere dall'anno 2019 si è provveduto ad una riorganizzazione della Rete Trasfusionale mantenendo le attività di Raccolta Emocomponenti e l'assegnazione H 24 sul HUB dell'ospedale Cardarelli e i due spoke di Termoli e Isernia, ottimizzando le attività in modo da ottenere un risparmio in termini di costi legati alle apparecchiature ed alle risorse umane. In particolare:

- UOC Campobasso: è diventato il centro unico di esecuzione degli esami di validazione biologica e di diagnostica avanzata;

- SIT Isernia: è diventata officina trasfusionale unica e centro unico di congelamento-conservazione e spedizione Plasma a Takeda per la contolavorazione relativa ai plasmaderivati;

- SIT Termoli: polo clinico (Ematologia-TAO-Allergologia-Emofilia) e centro raccolta congelamento conservazione e spedizione Plasma da inattivazione virale.

Il modello organizzativo previgente viene superato come indicato in figura 3, soprattutto alla luce del fatto che il personale diventa il fulcro di un sistema non più legato ad attività individuali ma parte di un processo unico per il raggiungimento degli obiettivi. Tale approccio ha fatto si che il personale, con particolare riguardo ai medici, si sposti da un Presidio all'altro e garantisca le raccolte nei centri ospedalieri esterni senza alcuna difficoltà. Tale scelta si è rivelata strategica durante la Pandemia da SARS-Cov2.

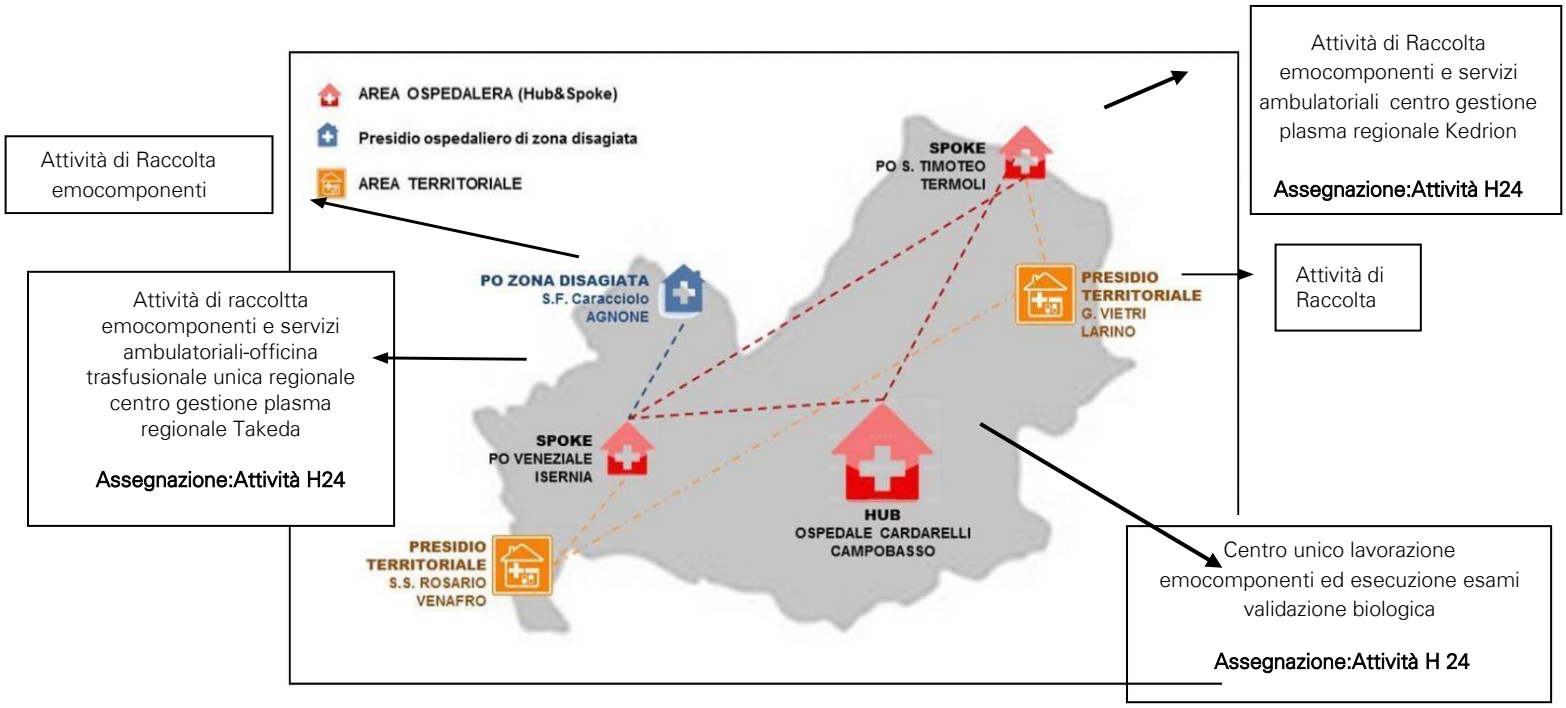

Figura 3: Riorganizzazione Rete Trasfusionale allo stato attuale

Il trend delle donazioni è in miglioramento anche se rimane al di sotto della programmazione. Ciò nonostante, la Regione Molise rimane autosufficiente sia per il numero delle unità raccolte rispetto al fabbisogno, grazie alla condivisione con i clinici di un Manuale del Buon Uso del Sangue approvato dal COBUS.

Si dovrà procedere all'aggiornamento del Piano regionale sangue e plasma, per il biennio 2021-2022, che dovrà prevedere, tra l'altro, una più stretta collaborazione tra UOC di Medicina Trasfusionale e Associazioni di donatori di sangue e emocomponenti accreditate che ponga in essere la definizione delle sedi di Raccolta Territoriale (articolazioni extraospedaliere dei SIT) e relative modalità di gestione.

5.1.1 Miglioramento degli *outcome* (es. PNE, LEA)

Il Programma Nazionale Esiti (PNE) fornisce a livello nazionale valutazioni comparative di efficacia, equità, sicurezza e appropriatezza delle cure prodotte nell'ambito del Servizio Sanitario. Nell'edizione 2018 di PNE sui dati aggiornati al 2017, sono stati analizzati 175 indicatori (70 di esito/processo, 75 volumi di attività e 30 indicatori di ospedalizzazione) che hanno confermato il trend di progressivo miglioramento della qualità dell'assistenza a livello nazionale, già evidenziato negli anni passati.

Specificatamente per la Regione Molise è stata riscontrata in media, una qualità media per gli indicatori dell'area Cardio-Circolatoria e dell'area della Chirurgia Oncologica e per l'area relativa ai parti con taglio cesareo primario. Tuttavia, permangono ancora delle criticità in merito alle aree: Nervoso, Chirurgia generale, Osteomuscolare. La riqualificazione dell'offerta ospedaliera prevista fornisce la possibilità di effettuare una rivisitazione degli assetti organizzativi aziendali e delle strutture deputate all'erogazione delle prestazioni, nell'ottica di ottenere un miglioramento dei servizi assistenziali e degli indicatori del PNE.

5.1.2 Azioni di recupero della mobilità passiva ospedaliera

Negli ultimi anni, le discipline che hanno generato maggiore mobilità passiva sono: Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia Generale, Ostetricia e Ginecologia, Urologia e Medicina Generale. La Regione Molise intende mettere in atto azione tese al recupero della mobilità passiva attraverso il miglioramento della performance pubblica. In particolare, si intende potenziare l'offerta ospedaliera, l'attività di equipe nelle strutture ospedaliere e, conseguentemente, il potenziamento delle risorse umane.
Al fine di agire in maniera più incisiva sul contrasto del fenomeno della mobilità passiva e sull'incremento della mobilità attiva presso i punti di erogazione pubblici regionali, la Struttura Commissariale intende monitorare i processi in atto di reclutamento da parte di ASReM dei direttori delle UOC deputate all'erogazione delle prestazioni sanitarie. L'azienda dovrà dotarsi, nello specifico, di spiccate professionalità che, congiuntamente ad azioni di riorganizzazione dell'offerta di servizi accompagnate da un'efficace informazione ai cittadini, potranno essere in grado, negli anni seguenti, di fungere da punto di riferimento per i pazienti regionali, nonché divenire fattore di attrattività per i pazienti che al momento utilizzano il sistema sanitario di altre Regioni (miglioramento dell'accessibilità e della prossimità dei servizi).
In seguito alle problematiche di carenza di personale, la Regione Molise intende, quindi, valorizzazione le risorse attive, potenziando il livello di engagement attraverso un percorso di cambiamento organizzativo. Tra le azioni finalizzate a contrastare il fenomeno della mobilità passiva, si prevede:

- L'incremento di posti letto di Ortopedia e Traumatologia;
- L'attività relativa alla Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) (al fine di rispettare i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza);
- Attuazione del Piano di Governo Regionale delle Liste di Attesa in recepimento del Piano Nazionale delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, utile a migliorare l'offerta e in linea con i principi dell'appropriatezza prescrittiva.

5.1.3 Governo delle liste d'attesa

La regione Molise ha recepito il nuovo PNGLA approvato lo scorso 21 febbraio 2019 e ha provveduto ad elaborare il nuovo Piano regionale di governo delle liste d'attesa con il Decreto del Commissario ad Acta n. 46 del 29 aprile 2019, pubblicato sul sito istituzionale della Regione e notificato a tutti gli interessati. Nel nuovo Piano regionale di governo delle liste d'attesa (DCA n. 46/2019) sono riportati, specificati ed adattati alla nostra realtà regionale tutti i principi contenuti nel Piano nazionale, tra i quali la visibilità nel sistema CUP delle agende di prenotazione sia degli Ospedali pubblici che delle Strutture private accreditate; l'inclusione nel sistema integrato di prenotazione anche delle agende per l'attività intramoenia; la distinzione tra visita di "primo accesso" e visita di "controllo"; il concetto di "presa in carico" del paziente cronico, con conseguente elasticità dei tempi d'attesa secondo le indicazioni dei medici coinvolti nel percorso di cura; la vigilanza ed il controllo sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni.

Con deliberazione del Direttore generale ASREM n. 945 del 7/08/2019 in attuazione del DCA n. 46/2019 di approvazione del PRGLA 2019-2021, è stato approvato il "Piano attuativo provvisorio per il governo dei tempi di attesa anno 2019-2021", contenente la regolamentazione della gestione delle liste di attesa e dei relativi monitoraggi nelle more dell'entrata in funzione del nuovo CUP. E' in fase avanzata la procedura per l'appalto per il nuovo CUP, e con l'entrata in funzione del nuovo sistema CUP vi sarà una soluzione definitiva alle difficoltà che oggi impediscono la completa copertura delle informazioni occorrenti per il monitoraggio.

Nelle more, comunque, la Regione ha emanato il DCA n. 44 del 30/06/2020 avente ad oggetto "Piano regionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021. Gestione dell'offerta delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture private accreditate all'interno del Centro Unico di

Prenotazione regionale (CUP)", con il quale si è data attuazione al PRGLA 2019-2021 nella parte in cui prevede il conferimento delle Agende di prenotazione delle Strutture private accreditate nel sistema di prenotazione unico regionale.

Con tale DCA, allo scopo di fornire un servizio integrato all'utenza per l'offerta di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate tanto dalle strutture pubbliche quanto dalle private accreditate, si dispone che le Strutture private accreditate si impegnino ad assicurare, con riferimento al Centro Unico di Prenotazione regionale CUP, le seuenti attività:

- offerta delle prestazioni erogate dalla struttura privata nell'ambito del sistema di prenotazione CUP;
- prenotazione da parte di operatori della struttura privata;
- verifica e registrazione delle prestazioni erogate dalla struttura privata;
- produzione dei flussi informativi aziendali e regionali.

5.2 L'area dell'emergenza-urgenza

5.2.1 Connessione dei diversi nodi della rete dell'emergenza-urgenza

Il territorio e la popolazione della Regione Molise richiedono di modulare le Reti attraverso un sistema 118 sviluppato in aree complesse, adattando gli interventi e la costituzione degli equipaggi di soccorso secondo le necessità, verso un trasporto rapido e la gestione sulla scena del soccorso.

La revisione complessiva del sistema dell'emergenza, quindi, non può prescindere dalla riorganizzazione della rete territoriale del soccorso, in un modello coerente con le mutate esigenze della rete ospedaliera, per garantire una risposta appropriata e tempestiva in grado di gestire e trasportare il paziente nella sede definitiva di cura in sicurezza e in continuità con il percorso clinico.

Questi obiettivi devono convivere con le peculiarità territoriali tra le quali assume rilievo la distribuzione della popolazione residente nel Molise in un ambiente orografico complesso e l'incidenza, nella composizione della popolazione stessa, di soggetti anziani che vivono in piccole comunità, disperse sul territorio.

La situazione viaria è sviluppata a raggiera con molte aree caratterizzate da percorsi terminali, con vie di collegamento interno alla Regione con tempi di percorrenza superiori alle medie prevedibili in altre condizioni logistiche.

Il SET/118 della Regione Molise è attualmente così organizzato:

- Unica Centrale Operativa, situata a Campobasso, con 2 postazioni-operatori, più una terza postazione di supporto impiegata dal medico;
- Postazioni avanzate territoriali, n. 16, ciascuna delle quali provvista della stessa dotazione caratterizzata da mezzo di soccorso (ambulanza), medico, infermiere e 2 soccorritori H24;
- Attività di elisoccorso assicurata attraverso una convenzione con la Regione Abruzzo, che mette a disposizione eliambulanze, con relativo personale tecnico e sanitario, dalle basi di Pescara e di L'Aquila.

Al fine di assicurare la maggiore capillarizzazione del servizio sul territorio, è essenziale la rimodulazione delle dotazioni di mezzi tra le postazioni, in funzione dei volumi di attività di ognuna di esse e della distanza delle stesse dagli ospedali.

In tale ottica, viene riconfigurata l'organizzazione del SET 118, anche in funzione del ruolo che il sistema di emergenza territoriale assume nella nuova configurazione della rete ospedaliera nel modello *Hub* e *Spoke*.

In tale ottica si confermano il numero e la localizzazione delle sedi di UOT 118 equamente distribuite sul territorio in rapporto alla particolare condizione orogeografica della Regione Molise e alla densità abitativa (70 ab/Kmq su un estensione di 4500 kmq) e si implementa il complessivo sistema mediante l'ulteriore dotazione per ciascuna sede di un'automedica, compatibilmente con le risorse umane necessarie. Tale scelta organizzativa, risponde ad un criterio di efficientamento che permette di modulare la risposta effettuando tipologie di

intervento diversificate. Secondo tale modello organizzativo, infatti, ove le condizioni lo consentano, sarà possibile differenziare l'equipaggio. La Centrale Operativa, dunque, potrà disporre di mezzi ed equipaggi differenziati anche per sopperire, per talune delle postazioni, ai lunghi tempi di percorrenza verso gli ospedali.

Si intende, inoltre, implementare l'attività di elisoccorso h 24 (abilitato anche per il volo notturno)ed elitrasporto per la gestione dell'emergenza sul territorio della Regione Molise ad integrazione del soccorso con mezzi su gomma. La disponibilità di un elicottero di soccorso, infatti, offre la possibilità di trasportare un'équipe altamente specializzata in luoghi distanti e disagiati nei quali i mezzi su gomma impiegherebbero molto tempo e di ridurre i tempi di trasferimento dei pazienti critici verso gli ospedali più idonei.

In merito si rileva che gli standard previsti dal DM 02.04.2015 n.70 (Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera) non consentono alla Regione Molise di dotarsi di un autonomo servizio di elitrasporto, ma ai sensi dello stesso decreto occorre attivare sinergie di intervento tra le diverse Regioni.

Attualmente, in Molise, gli interventi di elisoccorso sono ridotti e non assumono una condizione significativa per l'impegno di risorse utilizzate, ma alla luce delle nuove esigenze si impone una rivalutazione dei termini della convenzione per l'accesso al servizio di elisoccorso ed elitrasporto con altre Regioni.

In questa ottica, in particolare, si prevede un incremento delle richieste di elisoccorso o elitrasporto, in funzione, soprattutto dei trasferimenti secondari dagli ospedali regionali verso strutture extraregionali entro i tempi previsti dalle linee guida per le patologie tempo-dipendenti.

Il sistema richiede quindi l'individuazione e la presenza di aree di atterraggio nelle vicinanze degli Ospedali di Isernia e Termoli, mentre l'Ospedale di Campobasso è già dotato di un'elisuperficie.

Tutte le aree di atterraggio devono essere adeguare alla normativa ENAC.

Per quanto attiene all'area dell'alto Molise si evidenzia che la struttura di Agnone, rappresenta il punto di riferimento per i bisogni sanitari delle comunità isolate di tutta l'area e delle popolazioni dell'area limitrofa abruzzese, caratterizzata dalle stesse caratteristiche oro geografiche. La zona rimane, anche a causa delle carenti infrastrutture, e in particolare nei mesi invernali, difficilmente raggiungibile con mezzi su gomma.

Il Coordinamento Regionale delle Reti dell'emergenza

In tale quadro programmatorio, la definizione e la gestione della rete è affidata ad un Coordinamento Regionale delle Reti dell'emergenza e tempo dipendenti che assicura il coinvolgimento istituzionale di tutti i soggetti partecipi, con il compito di monitorare le reti ed i percorsi assistenziali dell'emergenza.

Il gruppo di Coordinamento, esprime le interrelazioni tra il livello organizzativo-gestionale dell'Azienda Sanitaria Regionale e quello clinico dei professionisti. Tale organismo dovrà garantire, nel rispetto dei ruoli rappresentati, l'integrazione organizzativa e clinica dei professionisti coinvolti.

La composizione del Coordinamento della rete per l'emergenza urgenza e patologie tempo dipendenti e le relative competenze sono state disciplinate con il Decreto del Commissario ad Acta n. 18 del 5.03.2020.

Le competenze attribuite al Coordinamento delle Reti sono così sintetizzate:

- Garantire il governo e l'integrazione organizzativa e professionale di tutte le componenti e i professionisti coinvolti nella Rete;
- Definire il Piano di rete;
- Definire, all'interno del Piano di rete, le modalità operative e gli strumenti per l'ottimizzazione dell'uso delle risorse professionali, tecnologiche e di struttura;

- Definire il piano delle attività formative di Rete avuto riguardo dei livelli di responsabilità e delle specifiche attività dei nodi (Hub & Spoke) di Rete e favorendo l'integrazione tra i professionisti dei diversi nodi;
- Definire le modalità organizzative volte a realizzare la connessione tra i nodi di Rete;
- Definire, Monitorare e validare i Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA);
- Verificare e monitorare secondo specifici indicatori, il rispetto dei parametri temporali, organizzativi, clinico assistenziali e di appropriatezza delle prestazioni erogate, al fine di garantire il mantenimento di adeguati livelli di qualità e sicurezza delle attività della Rete;

Il Coordinamento dovrà predisporre, per ciascuna delle reti, il "Piano di Rete" che, dovrà contenere:

- PDTA integrati Ospedale-Territorio;
- Piano formativo;
- Indicatori per il monitoraggio della rete
- Definizione e allocazione delle risorse necessarie strutturali, tecnologiche e di personale
- La Direzione generale per la salute della Regione Molise assicurerà la necessaria *governance* del complessivo sistema delle reti tempo-dipendenti, verificandone la coerenza rispetto alla programmazione sanitaria ed il relativo funzionamento attraverso la valutazione delle attività del Coordinamento di rete.

5.2.2 Riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso

Il problema degli accessi non urgenti ai servizi di emergenza-urgenza è ampiamente diffuso sia nel contesto internazionale sia in quello italiano. La proporzione dei pazienti che si reca al Pronto Soccorso per problemi non urgenti è attestata tra le varie strutture tra il 9% ed il 54,1% negli USA, tra il 25,5 % ed il 60% in Canada, tra il 19,6% ed il 40,9% in Europa, tra il 18% e l'80% in Italia. Tale fenomeno è presente anche in Regione Molise, dove, osservando la composizione dei codici "triage" (flusso EMUR PS 2018) si nota come l'accesso al Pronto Soccorso sia notevolmente squilibrato verso il codice verde (73%), sintomo di un ricorso allo stesso potenzialmente "inappropriato".

È necessario, pertanto, che i pazienti con bisogni di salute non urgenti siano considerati all'interno di una rete assistenziale che integri le diverse professionalità della medicina del territorio, medici ed altre professioni sanitarie e socio-assistenziali e preveda il coinvolgimento della funzione distrettuale.
Inoltre, tale rete deve essere collegata con meccanismi operativi chiari di coordinamento organizzativo sia in ingresso con la rete dell'emergenza-urgenza, sia in uscita con l'assistenza ospedaliera o altri *setting* a cui il paziente trattato viene coerentemente indirizzato in funzione della presenza di coesistenti bisogni di salute.
Attraverso la riorganizzazione delle reti assistenziali regionali, unita ad azioni mirate di comunicazione e coinvolgimento dell'utenza e dei vari attori del sistema si conta, pertanto, di poter ridurre notevolmente il numero degli accessi impropri al Pronto Soccorso.

5.3 L'area delle reti tempo-dipendenti

5.3.1 Riqualificazione delle reti tempo-dipendenti (trauma, ictus, emergenze cardiologiche, terapie intensive, STAM e STEN)

RETI PATOLOGIE TEMPO-DIPENDENTI

Il modello di programmazione della Rete Ospedaliera, dell'Emergenza e delle patologie tempo-dipendenti della Regione Molise si sviluppa intorno ai seguenti punti:

- Integrazione in un unico sistema di risposta sanitaria di urgenza tra il 118 e la Rete Ospedaliera, e adozione di percorsi condivisi ed indicatori comuni;
- Revisione del sistema del 118 per rispondere alle caratteristiche della nuova rete ospedaliera che richiede maggiore centralizzazione; e presidio delle sedi di pronto soccorso;
- Integrazione con la continuità assistenziale per la risoluzione domiciliare dei casi di minore intensità;
- Concentrazione degli accessi al Sistema Ospedaliero di Emergenza principalmente nel presidio *hub*", "Cardarelli" di Campobasso, che concentra competenze e specialità che per volume richiedono un bacino di popolazione più ampio,

- Ruolo *Spoke* dei due Presidi ("San Timoteo" di Termoli e "Veneziale" di Isernia) ospedali di base, sede di pronto Soccorso, in una integrazione funzionale con l'*Hub* in grado di dare una risposta organica su tutto l'ambito territoriale regionale.
- L'organizzazione delle reti tempo-dipendenti della regione Molise è definita in rapporto ai bisogni della popolazione e alle condizioni orogeografiche del territorio, in coerenza con le previsioni del DM 70/2015 e delle "Linee guida per la revisione delle reti cliniche - Le reti tempo dipendenti" approvate con Accordo Stato Regioni del 24.01.2018.

In particolare, la rete clinico-assistenziale è ritenuta un modello organizzativo che assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa.
La Rete individua i nodi e le relative connessioni definendone le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei cittadini

Il processo di riformulazione delle seguenti reti per patologie tempo dipendenti:

- **RETE TRAUMA**
- **RETE ICTUS**
- **RETE CARDIOLOGICA**
- **RETE DELL'ASSISTENZA PERINATALE**

dovrà essere concluso entro la fine dell'anno 2021.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmati	
Rimodulazione dei posti letto per acuti e adeguamento allo standard previsto dal DM 70/2015	
Recupero mobilità passiva	
Riorganizzazione rete territoriale dell'emergenza urgenza	
Rivalutazione dei termini della convenzione per l'accesso al servizio di elisoccorso ed elitrasporto con altre Regioni	
Riduzione accessi impropri in Pronto Soccorso	
Realizzazione aggregazioni Rete Trauma	
Riorganizzazione Rete Ictus	
Riassetto Rete Cardiologica	
Riorganizzazione Rete Perinatale	
Indicatori di risultato	**Tempistica**
Emanazione DCA avente ad oggetto la riconfiguarazione dei posti letto ospedalieri e dei posti letto della rete tempo-dipendente;	**31.12.2021**
Emanazione DCA avente ad oggetto "Documento di programmazione della rete-ospedaliera, e delle reti dell'emergenza e delle patologie tempo - dipendenti nella Regione Molise" contenente azioni mirate a: - L'attivazione della *Stroke Unit* presso l'Ospedale "Cardarelli" di Campobasso (realizzato); - L'applicazione del sistema *telestroke/teletrombolisi* che collega il Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri di Isernia e Termoli con la *Stroke Unit* dell'Ospedale "Cardarelli" di Campobasso;	**(relizzato)**
Emanazione DCA avente ad oggetto "Documento di programmazione della rete-ospedaliera, e delle reti dell'emergenza e delle patologie tempo - dipendenti nella Regione Molise" contenente azioni mirate a: - L' implementazione della tecnologia "*InTouch Health*" negli ospedali *Spoke;* - La riorganizzazione della rete perinatale e la definizione di procedure operative condivise tra *Hub* e *Spoke* per trasporto materno/neonatale	**31.12.2021**

Stipula accordi di collaborazione tra l'A.S.Re.M. e l'Azienda Sanitaria "Chieti-Vasto-Lanciano"	**31.12.2021**
Istituzione del Coordinamento Regionale Rete delle emergenze	**(realizzato)**
Predisposizione del "Piano di Rete" dell'emergenza e definizione dei PDTA integrati Ospedale Territorio da parte del Coordinamento di Rete	**31.12.2021**
Predisposizione del "Piano di Rete" oncologica da parte del Coordinamento di Rete	**31.12.2021**
Stipula Accordi interregionali con l'AORN "Cardarelli" (NA), quale DEA di II livello, e AORN Santobono (NA), in ambito pediatrico, per traumi con maggiore complessità assistenziale	**(realizzato)**
Attivazione Protocolli di Intesa con IRCSS Neuromed esclusivamente per trauma cranico	**(realizzato)**
Attivazione servizio Radiologia interventistica presso Ospedale "Cardarelli" Campobasso	**31.12.2021**
Stipula accordi interregionali per la centralizzazione del paziente con ictus emorragico con strutture extraregionali quali azienda AO "Rummo" – AO Benevento e con l'AOU "Ospedali Riuniti di Foggia"	**31.12.2021**
Attivazione Protocolli di Intesa con Gemelli Molise Spa per la rete cardiologica	**31.31.2021**
Programma Attuativo Aziendale definitivo delle liste di attesa	**(realizzato)**
Responsabile del procedimento attuativo	
Servizio Ospedalità pubblica e privata della Direzione Generale per la Salute	
Direzione Generale ASReM	

5.4 L'offerta Regionale delle Reti Assistenziali: l'area territoriale

Relativamente alla riorgnizzazione della rete Territoriale si rimanda al "Documento Unico di riorganizzazione della Rete Territoriale trasmesso al Siveas con invio n.60 del 7 settembre 2020". Tale documento sarà oggetto di rimodulazione e aggiornamento alla luce della nuova programmazione 2022-2024.

5.4.1 Valorizzazione del ruolo della Medicina Generale sul territorio

Il dettaglio relativo alla riorganizzazione dell'area territoriale regionale è approfondito nel Documento Unico di riorganizzazione della rete territoriale.

La costruzione di nuovo modello di promozione e tutela della salutesi basa sulla piena integrazione dei nodi della rete sociosanitaria territoriale costituiti dalle Case della Salute e dalle forme associative della medicina generale e dai pediatri di libera scelta (PLS), dai poliambulatori e dai distretti sociosanitari e dagli ospedali presenti.

Una gestione appropriata delle prestazioni assistenziali, in grado di coordinare e integrare le figure delle professionalità convenzionate con il SSN, agevola il coordinamento e monitoraggio delle azioni contenute nel Piano Nazionale delle Cronicità come disposto nei dettami del DCA n.01/2019. La Regione Molise vuole mettere in atto misure volte a potenziare il sistema di cure per i pazienti cronici, con particolare riguardo alle cure domiciliari per persone non autosufficienti e all'attivazione di forme organizzative innovative ad es. Case della Salute. La Regione ha definito 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 sono determinati i contributi dei diversi professionisti coinvolti (medico di medicina generale, medico specialista, infermiere), nello specifico ci si è concentrati su specifiche tipologie di assistiti. In particolare, la Regione Molise ha finalizzato l'elaborazione di PDTA per la gestione del paziente cronico con riferimento allo scompenso cardiaco, diabete, BPCO e gestione della terapia con anticoagulanti orali.

La Regione Molise prevede quindi: l'implementazione delle forme di associazionismo; il potenziamento del ruolo dell'infermiere e l'implementazione di strumenti tecnologici, nuovi e già in parte implementati.

- **Implementazione di forme di associazionismo** quali Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) mirate al miglioramento del livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini.

- **Potenziamento della figura dell'infermiere** che avrà il compito di facilitare la presa in carico del bisogno assistenziale dell'assistito. La Regione Molise intende promuovere il ruolo dell'infermiere come soggetto attivo nel territorio sia in rapporto con gli attori delle filiere assistenziali presenti, sia rispetto ai pazienti in ADI, sia come *care manager* dei pazienti comunque presi in carico dai servizi presenti nei territori considerati. Regione Molise intende, inoltre, prevede l'implementazione della figura dell'infermiere di comunità, al fine di fornire assistenza domiciliare e ridurre la riacutizzazione delle patologie croniche. In particolare, l'infermiere di comunità dovrà essere in grado di realizzare interventi informativi ed educativi, prendere in carico e progettare interventi assistenziali, erogarli e valutarne con competenza e capacità critica i risultati ed infine attivare percorsi sulla base di specifici obiettivi assistenziali. A tal proposito, il Progetto Preliminare di Strategia per l'Area Interna del Fortore, individua per quanto riguarda i servizi essenziali per la Salute, il rafforzamento dei servizi di assistenza territoriale attraverso l'istituzione dell'infermiere di comunità. L'infermiere sarà inoltre impegnato in attività domiciliari, svolgendo una funzione di raccordo tra i pazienti cronici e/o anziani, la rete familiare e i diversi professionisti sanitari, ed erogherà servizi tesi a supportare gli assistiti nelle attività quotidiane, nella promozione dell'inclusione sociale, nella prevenzione degli incidenti domestici, nell'assistenza e monitoraggio della terapia.
- **Utilizzo della tecnologia** intesa come fattore abilitante per la gestione della cronicità e per facilitare il collegamento tra il *setting* ospedaliero e territoriale.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Potenziamento e riqualificazione delle forme organizzative multi professionali	
Indicatori di risultato	**Tempistica**
Implementazione forme di associazionismo (AFT e UCCP)	**31.12.2021**
Istituzione del ruolo dell'infermiere di comunità	**31.12.2021**
Implementazione di soluzioni tecnologiche	**31.12.2021**
Responsabile del procedimento attuativo	
Direzione Generale per la Salute	
Direzione Generale ASReM	

5.4.2 L'assistenza domiciliare integrata

In linea con quanto descritto nel Piano Nazionale delle Cronicità, le cure domiciliari devono coinvolgere operatori con diverse professionalità e provenienze, primi fra tutti i MMG e i PLS, che assumono la responsabilità della gestione clinica della presa in carico, garantendo il coordinamento degli apporti professionali forniti degli operatori del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e dagli specialisti, e la continuità assistenziale nell'erogazione del trattamento. L'attivazione dell'ADI richiede la presa in carico della persona, la preliminare valutazione multidimensionale del bisogno e la definizione di un Piano di cura personalizzato, con individuazione degli obiettivi di cura e dei tempi di recupero, delle tipologie di intervento e della frequenza degli accessi. La Regione Molise, stante i dati NSIS, nel 2016, 2017 e molto probabilmente nel 2018 (dati ancora da ufficializzare), è la prima regione d'Italia in termini di anziani assistiti in ADI sia per quantità che per qualità (intensità di cura).

Codice Regione	Descrizione Regione	2016			2017			2018		
		Assistiti over 65 con Pic erogate *100 ab. over 65	Assistiti over 65 under 75 con Pic erogate *100 ab. over 65 under 75	Assistiti over 75 con Pic erogate *100 ab. over 75	Assistiti over 65 con Pic erogate *100 ab. over 65	Assistiti over 65 under 75 con Pic erogate *100 ab. over 65 under 75	Assistiti over 75 con Pic erogate *100 ab. over 75	Assistiti over 65 con Pic erogate *100 ab. over 65	Assistiti over 65 under 75 con Pic erogate *100 ab. over 65 under 75	Assistiti over 75 con Pic erogate *100 ab. over 75
010	PIEMONTE	2,81	0,95	4,47	2,35	0,82	3,72	2,63	0,94	4,15
020	VALLE D'AOSTA	0,20	0,10	0,29	0,15	0,02	0,27	0,34	0,08	0,58
030	LOMBARDIA	2,50	0,81	4,09	2,09	0,68	3,42	2,37	0,78	3,88
041	PROV. AUTON. BOLZANO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
042	PROV. AUTON. TRENTO	2,95	0,89	4,96	3,22	1,10	5,26	3,29	1,11	5,41
050	VENETO	3,54	1,04	5,96	4,12	1,11	7,00	3,24	0,96	5,43
060	FRIULI VENEZIA GIULIA	3,39	1,19	5,44	2,82	1,03	4,46	2,54	0,94	4,03
070	LIGURIA	3,34	1,15	5,12	3,22	1,12	4,92	3,08	1,14	4,65
080	EMILIA ROMAGNA	3,57	1,02	5,79	3,49	1,00	5,65	3,29	0,96	5,31
090	TOSCANA	3,29	1,03	5,31	3,09	0,95	5,00	3,01	0,92	4,87
100	UMBRIA	2,04	0,56	3,31	2,66	0,72	4,34	1,99	0,59	3,20
110	MARCHE	2,82	0,85	4,46	2,56	0,75	4,11	1,93	0,58	3,06
120	LAZIO	1,50	0,45	2,56	1,67	0,44	2,86	1,30	0,35	2,23
130	ABRUZZO	3,50	1,19	5,50	2,82	0,87	4,62	3,35	1,04	5,43
140	MOLISE	4,70	1,55	7,34	5,33	1,62	8,61	3,93	1,15	6,26
150	CAMPANIA	2,40	0,81	4,19	1,97	0,65	3,47	1,67	0,56	2,92
160	PUGLIA	1,97	0,70	3,30	1,85	0,67	3,09	1,65	0,61	2,73
170	BASILICATA	3,55	1,06	5,71	3,16	0,99	5,11	1,76	0,51	2,84
180	CALABRIA	1,06	0,32	1,83	1,30	0,39	2,20	1,38	0,44	2,30
190	SICILIA	3,99	1,56	6,46	3,63	1,37	5,97	3,40	1,30	5,54
200	SARDEGNA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,16	0,08	0,24
TOTALE		**2,69**	**0,87**	**4,42**	**2,54**	**0,80**	**4,19**	**2,39**	**0,78**	**3,92**

Tabella 3 Anziani e grandi anziani presi in carico in ADI nel 2016, 2017 e 2018 per regione

Questo risultato, raggiunto grazie agli investimenti che la Regione ha fatto a valere sulle risorse del Fondo Sviluppo e Coesione, dovrà essere mantenuto anche per il triennio oggetto di programmazione appostando sufficienti risorse, ma continuando anche nell'opera di efficentamento del sistema e di innalzamento della produttività. Nello specifico si continuerà l'opera di "messa a regime" delle cure domiciliari sia a livello regionale che aziendale, favorendo le cure in ADI, attraverso azioni tese ad applicare efficientemente le Linee guida per l'integrazione sociosanitaria, l'UVM e il PAI, come da previsioni di cui al DGR 447/2017 e coinvolgendo in maniera attiva anche la Medicina Generale. Regione Molise intende inoltre migliorare i sistemi di controllo degli accessi domiciliare, l'attività di telemonitoraggio svolta attraverso il sistema di telemedicina domiciliare, la gestione della Dimissione Protetta dai PP.OO. al domicilio e l'utilizzazione in ADI delle apparecchiature diagnostiche portatili acquisite (RX, ECG, ecc). Al fine di migliorare l'appropriatezza del *setting* riabilitativo-assistenziale, si prevede, inoltre, di implementare dei percorsi specifici all'interno delle UVM per ridefinire i piani riabilitativi individualizzati (PRI).

Regione Molise intende aumentare il numero delle dimissioni protette verso il domicilio per pazienti ricoverati nei PO regionali rispetto al 2017. I target degli indicatori, utilizzabili anche come valore soglia, sono quelli della griglia LEA 2018: "Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI" per intensità di cura. Il LEA è attuato dall'ASReM in collaborazione con gli Ambiti Territoriali Sociali del Molise secondo le modalità di collaborazione individuate nella DGR 447/2017 e nel Piano Sociale Regionale vigente.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Efficientamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata	
Miglioramento Sistemi di controllo accessi domiciliari	
Miglioramento dell'attività di Telemedicina domiciliare (Telemonitoraggio)	
Attivazione della diagnostica domiciliare per pazienti in ADI	
Aumento del numero di dimissioni protette verso il domicilio o le strutture territoriali	
Indicatori di risultato	**Tempistica**
Emanazione di un DCA finalizzato all'attivazione da parte di ASReMdelle azioni che concorrono a garantire il raggiungimento degli obiettivi: - Introduzione di un sistema di controllo degli accessi domiciliari - Attivazione delle attività di Telemedicina - Attivazione della diagnostica domiciliare i - Aumento dell numero di dimissioni protette verso il domicilio o le strutture territoriali	**31.12.2021**
Responsabile del procedimento attuativo	
Direzione Generale Salute	
Direzione Generale ASReM	

5.4.3 L'assistenza residenziale e semiresidenziale per le non autosufficienze e le disabilità

Alla luce del DPCM del 12.01.2017 che definisce e aggiorna i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), e descrive le attività, i servizi e le prestazioni garantite ai cittadini dal SSN, e incluse nei LEA, la Regione Molise ha adottato il DCA 48/2019 che stabilisce le tariffe, per il 2019, per prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti e disabili. Inoltre, il DCA 41/2019 fissa, per il 2019, i limiti massimi di spesa delle prestazioni sanitarie afferenti alla macroarea della riabilitazione e dell'assistenza socio sanitaria erogate dagli operatori privati accreditati e acquisibili dal SSR. Successivamente, è stato inviato in preventiva approvazione lo schema di DCA, invio Siveas 2020_A_031, con cui vengono ridefinite le tariffe per prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti e disabili per l'annualità 2020. Il fabbisogno di posti letto stimato tiene conto, oltre agli standard di riferimento, delle prestazioni richieste e dell'analisi della mobilità passiva, ponendosi come obiettivo nell'assegnazione dei budget l'attività di recupero della mobilità passiva.

Nel prossimo biennio è prevista una riqualificazione della rete territoriale, mirata al potenziamento dell'offerta dei posti letto residenziali e semiresidenziali per le non autosufficienze e le disabilità. L'incremento delle prestazioni in regime residenziale per pazienti non autosufficienti è un tema rilevante in quanto, si rende necessario favorire l'attivazione di nuovi posti letto per far fronte alla fuoriuscita di prestazioni. Alla luce di una imminente revisione delle tariffe ad oggi in vigore, nonché ad una rimodulazione dei posti letto corrispondente alla stima del fabbisogno nel territorio molisano, non è attualmente stimabile l'impatto economico di tale rimodulazione, che, invece, sarà dettagliatamente descritto in un documento di prossima emanazione.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Potenziamento assistenza residenziale e semiresidenziale per le non autosufficienze e per le disabilità	
Indicatori di risultato	**Tempistica**
Rimodulazione dei posti letto e rideterminazione delle tariffe	**31.12.2021**
Responsabile del procedimento attuativo	
Direzione Generale per la Salute	
Direzione Generale ASReM	

5.4.4 Le Case della Salute

La Regione Molise, coerentemente con il potenziamento e la riorganizzazione della rete assistenziale regionale, ha istituito le Case della Salute, identificando tali strutture come punto di riferimento per il cittadino, attraverso le quali è possibile garantire l'accesso alle cure e la presa in carico dei pazienti cronici. All'interno si é prevista anche l'erogazione di prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici e delle altre professionalità convenzionate con il SSN. Il modello organizzativo di tipo *Hub&Spoke* prevederà, inoltre, due tipologie di Case della Salute: a bassa complessità e a medio/alta complessità.

Nelle Case della Salute a bassa complessità assistenziale (*Spoke*) i servizi minimi garantiti saranno:

- PUA (accoglienza e orientamento dell'utente/presa in carico del bisogno del cittadino/assistenza sociale/attività di tipo amministrativo);
- Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta anche attraverso forme di associazionismo;
- Assistenza specialistica;
- Assistenza infermieristica;
- Attività di volontario.

Ulteriori moduli aggiuntivi potranno essere previsti sulla base delle esigenze di salute della popolazione locale. Nella Case della Salute a media/alta complessità assistenziale (*Hub*), in cui possono essere presenti strutture residenziali o semiresidenziali (ad esempio ospedali di comunità, hospice, etc), sarà, inoltre, garantito:

- Postazione 118 per garantire le attività di primo intervento;
- Sportello CUP;
- PUA (accoglienza e orientamento dell'utente/presa in carico del bisogno del cittadino/assistenza sociale/attività di tipo amministrativo);
- Punto prelievo;
- Attività di prevenzione e di promozione della salute;
- Ambulatorio infermieristico;
- Poliambulatorio specialistico;
- Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta anche attraverso forme di associazionismo;
- Posti letto bassa intensità (a gestione infermieristica);
- Area materno infantile;
- Chirurgia ambulatoriale.

Le case della Salute di Larino e Venafro contengono i rispettivi Ospedali di Comunità. L'Ospedale territoriale di comunità è direttamente governato, organizzato e gestito, dal distretto sanitario di competenza. È concepito per essere un contenitore di più servizi di assistenza territoriale concentrati in un unico edificio. Può contenere al massimo 15-20 PL destinati a pazienti che per un episodio acuto o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Riorganizzazione delle Case della Salute	
Indicatori di risultato	**Tempistica**
Emanazione di un DCA preposto alla riorganizzazione delle Case della Salute secondo il modello organizzativo *Hub&Spoke*	**31.12.2021**
Responsabile del procedimento attuativo	
Direzione Generale per la Salute	
Direzione Generale ASReM	

5.4.5 Il ruolo della Farmacia dei servizi

Rete delle Farmacie e degli infermieri di Comunità a servizio delle aree interne

L'obiettivo dell'intervento è quello di superare le difficoltà che incontrano le popolazioni dei piccoli centri dell'Area Matese nella fruizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, erogate presso l'attuale distretto sanitario dell'area sito in Bojano o presso il capoluogo Campobasso. In particolare si rileva che, soprattutto nel caso di persone sole e anziane, tali difficoltà impediscono a detti soggetti di fruire delle prestazioni, con il conseguente peggioramento delle condizioni di cronicità e l'aumento dei ricoveri ospedalieri. La Regione Molise vuole, quindi, facilitare l'utilizzo delle prestazioni di specialistica, con il fine ultimo di ridurre il tasso di ospedalizzazione, attraverso l'erogazione diffusa e decentralizzata, ovvero più prossima al paziente, di alcune tipologie di prestazioni. Si prevede quindi di dotare i comuni dell'area di postazioni diagnostiche fisse e mobili, ad uso delle farmacie e degli infermieri di comunità, per erogare servizi alla popolazione, implementando l'attività di telemedicina.

Gli esiti a fronte delle prestazioni erogate dalle farmacia e/o dagli infermieri devono essere condivisi con la rete di operatori sanitari che hanno in carico il paziente, il cui punto di riferimento principale è il Medico di Medicina Generale.

L'intervento è innovativo in quanto le soluzioni hanno la caratteristica di essere portatili e quindi possono essere utilizzate anche presso il domicilio del paziente. Le attività svolte dalle singole postazioni e dai singoli dispositivi confluiscono in un unico ambiente *software* condiviso dagli operatori coinvolti. Si prevede che i dati prodotti e le risultanze delle indagini diagnostiche confluiscano anche nel Fascicolo Sanitario Elettronico regionale in modo che siano reperibili e disponibili per tutti gli ambienti software in uso nella Sanità molisana e nazionale grazie allo standard di interoperabilità proprio del FSE. In Molise il FSE è stato attivato e reso disponibile per gli utenti/cittadini a febbraio 2017.

5.4.6 La rete dei laboratori

Nel complessivo quadro del Programma Operativo e più in dettaglio per quanto attiene alla definizione e riorganizzazione della rete dei laboratori la Regione Molise intende procedere nel progressivo percorso di miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi nonché nell'efficientamento economico finanziario. Coerentemente con la definizione della rete ospedaliera si intende procedere alla corrispondente riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici e privati anch'essa basata sul modello *Hub & Spoke*, con l'introduzione e l'implementazione dei nuovi modelli organizzativi nello svolgimento delle analisi microbiologiche seguendo gli indirizzi normativi e regolamentari di settore nonché le prospettive alle quali il sistema tende in ragione dello sviluppo delle nuove tecnologie e delle conoscenze scientifiche. Il piano di riorganizzazione si riferisce sia a laboratori pubblici che a quelli privati, secondo modelli organizzativi che pongono al centro la soddisfazione dei bisogni clinici e dei pazienti, e promuovono un modello basato sulla qualità dei servizi erogati fondato sui seguenti presupposti:

- La Medicina di Laboratorio ha visto lo sviluppo di tecnologie ad alta potenzialità ed automazione, e l'emergere di settori diagnostici ad alta efficacia clinica, alcuni già sviluppati, quali autoimmunità, allergologia, virologia molecolare, chimiche speciali, dosaggio di farmaci e tossici, altri ancora in fase di evoluzione ma già di pieno impatto, come la patologia molecolare, la genomica, la proteomica, la farmacogenomica;
- La maggioranza delle decisioni cliniche necessita ed è condizionata, anche in modo determinante, dai risultati di esami di laboratorio;
- La sempre maggiore diffusione di modelli di gestione delle specifiche patologie attraverso percorsi assistenziali che integrano l'operatività dei servizi di diagnostica di laboratorio in una logica di continuità ospedale - territorio;
- La necessità di favorire un collegamento fra strutture ospedaliere e territoriali funzionale al miglioramento della fruibilità delle prestazioni da parte di pazienti e medici, alla riduzione dei ricoveri ospedalieri, alla razionalizzazione dell'uso dei farmaci;
- La necessità di compensazione dei costi diretti ed indiretti del laboratorio clinico, come strumento di contenimento della spesa sanitaria per gli effetti misurabili prodotti sulla riduzione delle giornate di degenza,

sul contenimento della spesa per farmaci, sul corretto orientamento di terapie, sulla prevenzione di patologie ad alto costo sanitario e sociale.

Il modello prescelto prevede una rete di strutture accreditate di medicina di laboratorio, riarticolate sull'area integrata ospedale-territorio, secondo livelli diversi di complessità e assetti tecnologici ed organizzativi, con l'obiettivo di riportare le strutture pubbliche e private accreditate a livelli quali-quantitativi di produttività coerenti con le strategie nazionali e regionali e con la necessità di realizzare economie di scala. Viene individuato, in un modello a "rete", un sistema di laboratori pubblici e privati accreditati integrato su scala aziendale, capace di assicurare al territorio un servizio flessibile e di alta qualità. Il modello previsto di organizzazione dei Laboratori pubblici si basa sulla concentrazione della Medicina di laboratorio e sulla centralizzazione delle attività complesse, legando funzionalmente fra loro tutti i punti di offerta.

Tale modello consente la centralizzazione delle attività complesse in un Centro di riferimento specializzato (Hub) e la concentrazione dei servizi caratterizzati da bassi volumi di attività e/o da una elevata specificità. Negli Spoke, ovvero nelle strutture a minore complessità, presenti negli ospedali che erogano cure per acuti, viene garantita una attività diagnostica di urgenza e/o Specialistico di base. Tale modello consente di mantenere la funzione della Medicina di Laboratorio in prossimità del luogo delle cure e garantisce il maggior controllo della appropriatezza della richiesta, nonché la migliore utilizzazione clinica del dato di laboratorio. Il laboratorio con funzioni di Hub non concentra esclusivamente prestazioni di elevata specializzazione, ma è chiamato a svolgere una funzione di coordinamento/gestione delle risorse di personale e tecnologiche delle strutture Spoke ad esso collegate, in base alle necessità ed alle esigenze operative di ciascuna di queste. La gestione diretta da parte dell'Hub di tutti i sistemi macchina - reagenti necessari all' intera rete, favorisce la migliore razionalizzazione delle risorse disponibili con risparmi economici a fronte dell'incremento dei volumi prestazionali complessivamente erogati.

La nuova organizzazione richiede per il suo funzionamento la costituzione di un sistema informativo - Laboratorio Logico Unico - configurato secondo gli standard previsti per i sistemi informatici di laboratorio, che sia strutturato in modo da consentire l' interconnessione tra laboratori, reparti, centri prelievo ed un sistema unico di logistica dei trasporti dei campioni biologici, al fine di garantire la massima capacità e velocità di circolazione dei campioni stessi e dei materiali tra tutti i nodi della rete, collegando direttamente Centri prelievo, Spoke e Hub.

I sistemi logistici di trasporto dei campioni biologici dovranno rispondere agli standard temporali di trasferimento tra centri prelievo, laboratori Spoke, laboratorio Hub, ed ai requisiti di garanzia della qualità per il trattamento ed il trasporto in condizioni di idoneità dei campioni biologici, all'uopo rispondendo a caratteristiche tecniche prefissate.

Le strutture pubbliche che erogano prestazioni di laboratorio per il sistema sanitario regionale sono cosi classificate:

LABORATORIO OSPEDALE DI ZONA DISAGIATA DI AGNONE Laboratorio d' Urgenza annesso ad un presidio ospedaliero di dimensioni piccole o medio-piccole e dotato di Pronto Soccorso, con repertorio analitico fino a 30-50 tipologie di esami di urgenza). Il personale è coordinato e gestito dall' Hub/Spoke cui afferisce. Assicura di norma una attività H24. Fornisce prestazioni di laboratorio e consulenza in Medicina di Laboratorio ai soli accessi in PS/DEA e pazienti ricoverati interni;

LABORATORIO *Spoke* OSPEDALE DI ISERNIA e LABORATORIO *Spoke* OSPEDALE DI TERMOLI Laboratorio di Base con funzioni di Spoke: annesso ad un presidio ospedaliero di dimensioni medie o medio-piccole e dotato di Pronto Soccorso, con repertorio analitico fino a 100-150 tipologie di esami di base e di frequente e comune esecuzione. Il personale è coordinato e gestito dall' Hub. Assicura tramite adeguata dotazione organica una attività H24, eventualmente facendo ricorso all' istituto della pronta disponibilità.

LABORATORIO Hub CENTRO REGIONALE DI CAMPOBASSO Laboratorio ad elevata complessità con settori specialistici (LEC/S) con funzioni di Hub: laboratorio annesso ad un presidio ospedaliero di dimensioni medio-

grandi o grandi, con repertorio analitico superiore alle 150 tipologie di esami di base e complessi. Prevede all'interno settori analitici specialistici, quali microbiologia di II livello, autoimmunità, farmaco-tossicologia. Ha una propria dotazione organica di personale dirigente e tecnico sanitario di laboratorio che garantisce attività H24 con guardia attiva e/o reperibilità.

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. Per i laboratori di analisi privati accreditati si intende disciplinare forme di aggregazione nei casi di mancato raggiungimento delle soglie minime previste di esami, tenendo conto sia dell'attività effettuata per conto del SSR che di quella direttamente a carico dell'utente, ma che comunque intendano continuare ad erogare prestazioni a carico del SSN.

Con apposito DCA si procederà alla riorganizzazione della rete laboratoristica regionale nonché alla indicazione delle modalità di aggregazioni previste per gli erogatori privati accreditati anche con riferimento all'utilizzo del service di laboratorio.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Potenziamento del ruolo delle Farmacie e degli infermieri di Comunità nelle aree interne	
Riorganizzazione della rete dei laboratori	
Indicatori di risultato	**Tempistica**
Aggiudicazione della gara e dotazione postazioni diagnostiche fisse e mobili per i comuni dell'area del Matese	**31.12.2021**
Emanazione di un DCA mirato alla riorganizzazione della rete dei laboratori	**31.12.2021**
Responsabile del procedimento attuativo	
Servizio Ospedalità pubblica e privata della Direzione Generale per la Salute	
Direzione Generale ASReM	

5.5 I percorsi del paziente tra ospedale e territorio

5.5.1 Gestione dei PDTA e implementazione dei percorsi

I PDTA sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico, alla riduzione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità della vita. La costruzione e attivazione di PDTA centrati sui pazienti garantisce l'effettiva presa in carico dei bisogni "globali" del paziente. Il PDTA può essere considerato uno strumento di *governance*, poiché si costruisce attraverso l'individuazione e la valorizzazione di un team multidisciplinare, esaltando quindi la multi-centricità. Infine, l'attività di monitoraggio, supportata dall'elaborazione di indicatori di performance, permetterà di valutare l'aderenza ai PDTA da parte dei professionisti coinvolti.

Alla luce del recepimento dell'aggiornamento delle "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei disturbi pervasivi dello spettro autistico'' con DCA n. 19/2018, Regione Molise intende attivare il PDTA sui disturbi dello spettro autistico.

ASReM- Centro Specialistico Regionale Autismo (CSRA)

Il PDTA istituisce presso la Neuropsichiatria infantile di Campobasso la sede del Centro Specialistico Regionale Autismo (CSRA) in cui opera il Team Specialistico (TS), che assicura la presa in carico entro un tempo massimo di 30 giorni dalla segnalazione del PLS (creazione della rete PLS-NPI come attività coordinata di sorveglianza sullo sviluppo e screening), la diagnosi (se necessario con il supporto tecnico specialistico dei Centri di riferimento ad

alta specializzazione) e la definizione del progetto terapeutico-abilitativo personalizzato; garantisce la continuità dell'assistenza e l'intervento integrato di tutti i livelli necessari alla cura e abilitazione del paziente. Il Team Specialistico (TS) è composto dalle seguenti figure professionali: Neuropsichiatra Infantile; Psicologo; Psichiatra (per soggetti in età adulta); integrato dalle altre figure professionali quali Educatore, Neuropsicomotricista, Logopedista e Terapista occupazionale e della riabilitazione, nelle diverse fasi di valutazione.

Il Centro Regionale per soggetti con disturbi dello spettro autistico per l'età evolutiva deve garantire, inoltre, la continuità assistenziale nel passaggio dall'età evolutiva all'età adulta al fine di favorire l'integrazione degli interventi e le prestazioni sociali e sanitarie necessarie per assicurare la presa in carico globale del soggetto e della sua famiglia.

La continuità dell'assistenza e l'intervento integrato di tutti i livelli necessari alla cura e abilitazione del paziente e della sua famiglia avvengono tramite l'integrazione del CSRA con i servizi afferenti ai tre Distretti Sanitari Territoriali. Il CSRA sviluppa il progetto terapeutico abilitativo personalizzato in integrazione con SS Materno Infantile dei tre Distretti Sociosanitari e in raccordo funzionale con le UU.OO. di Riabilitazione e le UU.OO.M.I. in cui si assolve ai bisogni neurologici, neuropsicologici, psicologici, psichiatrici, abilitativi, di inclusione scolastica e di presa in carico globale specifici della persona in carico.

La presa in carico, che nella maggior parte dei casi dura tutta la vita, è molto complessa e deve basarsi sulla prospettiva di sviluppo evolutiva. L'autismo è un disturbo di sviluppo in cui le disfunzioni di base modellano l'organizzazione complessiva della persona. I bisogni delle persone con autismo sono specifici per ogni fase di sviluppo: nel bambino, come nell'adulto, possono essere individuati diversi tipi di intervento/trattamento che dovranno essere ritagliati su misura dei singoli soggetti.

La Regione intende costituire una rete integrata di cura e assistenza multi professionale e *multisetting* come da modelli proposti nelle Linee Guida del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore della Sanità, comprensiva di attività diurne, semiresidenziali e residenziali, e in base agli obiettivi di cura individuati nei PDTA specifici e ai loro livelli di complessità assistenziale. I centri saranno ubicati in modo da assicurare un servizio omogeneo su tutto il territorio regionale.

In merito alla diagnosi, si rende necessario identificare il Centro diagnostico regionale di II Livello specializzato nei disturbi dello spettro autistico.

Centro diurno per persone con Disturbo dello Spettro Autistico (ASD)

In relazione allo specifico funzionamento dei soggetti affetti da ASD, si prevede uno stretto raccordo tra servizio sanitario di Neuropsichiatria Infantile, nello specifico servizio specialistico per la diagnosi e il trattamento dell'autismo, e il servizio diurno, finalizzato allo sviluppo delle competenze sottese alla performance rilevate secondo il modello ICF di funzioni e strutture corporee e definizione degli interventi orientati all'implementazione di attività e partecipazione, attuando facilitazioni specifiche anche nelle proposte di condivisione contestuale.

La Regione, inoltre, nell'ambito della individuazione di strutture residenziali per completare i *setting* delle reti di assistenza e cura ai portatori di ASD valuterà la promozione di iniziative di *co-housing* con rivalutazione e riadattamento anche di immobili nei centri storici per favorire forme di coabitazione integrata anche in previsione del "dopo di noi". Di sotto alcune forme di assistenza residenziale che la Regione Molise prevede di attivare. Altre tipologie di assistenza residenziale potranno essere valutate nel lungo termine.

Progetto pilota di appartamento protetto – Formula "Durante noi per il dopo noi"

Si ipotizza la realizzazione di moduli di sperimentazione di domiciliarità protetta per disabili adulti, organizzando due realtà abitative, una a Campobasso, una a Termoli, collegate ai due centri diurni. Sostanzialmente le due abitazioni saranno la residenza in via sperimentale per le persone afferenti ai centri diurni, pertanto i percorsi educativi saranno in continuità con tale servizio. Il soggetto disabile sperimenterà la residenzialità in continuità con l'intervento educativo e occupazionale del centro diurno e per lui sarà come vivere in una propria casa e

lavorare nel centro diurno. Le due realtà abitative saranno realizzate in due moduli abitativi di quattro persone e dunque coinvolgeranno 8 persone della realtà di Termoli e 8 della realtà di Campobasso; i due moduli differiranno per profilo di funzionamento dei soggetti coinvolti e dunque uno sarà per soggetti più indipendenti, l'altro per soggetti con maggiore bisogno assistenziale.

5.5.2 La rete dei consultori e la Neuropsichiatria Infantile (NPI)

L'Area Materno-Infantile

L'Area Materno infantile, che potrà trovare anche una organizzazione in forma di Dipartimento Materno-Infantile (DMI), è un'area di coordinamento che opera l'integrazione funzionale di strutture e servizi territoriali ed ospedalieri coinvolti nella tutela della salute della donna, della coppia e del soggetto in età evolutiva, dal periodo prenatale all'adolescenza. Le strutture territoriali erogano attività di tipo ambulatoriale ed hanno quindi prevalentemente compiti di prevenzione, attuati anche attraverso gli screening oncologici, consulenza, assistenza e sostegno alla donna, alla coppia ed al bambino-adolescente, integrando anche interventi di tipo socio-sanitario e socio-assistenziale. Le strutture ospedaliere erogano invece attività che necessitano di ambienti idonei, attrezzature complesse e competenze chirurgiche per affrontare anche situazioni di tipo acuto-emergenziali ed hanno quindi prevalentemente compiti di assistenza, diagnosi e cura, contribuendo al raggiungimento del medesimo fine: il benessere della donna, della coppia e della vita nascente. L'Area comprende quindi Strutture Territoriali ed Ospedaliere in un sistema organizzato caratterizzato dalla integrazione reciproca e dalla condivisione con strutture socio-assistenziali di supporto del medesimo fine: il raggiungimento e il mantenimento di livelli assistenziali appropriati ed uniformi in tutto il territorio regionale.

Consultori

Nell'ambito delle strutture territoriali si annoverano innanzitutto i Consultori Familiari. Questi, in considerazione di quanto indicato nell' Accordo del 16 dicembre 2010 della Conferenza Unificata Stato-Regioni (G.U. serie generale n°13 del 18/01/2011) e nel D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 (G.U. serie generale n°65 del 18/03/2017), devono erogare in maniera gratuita e diretta alle donne, ai minori, alle coppie ed alle famiglie le prestazioni di tipo medico-specialistico, ostetrico, psicologico, psicoterapeutico secondo quanto disposto dal citato DPCM.

Nel territorio regionale molisano insistono tre Consultori Familiari, uno per ogni distretto socio-sanitario: Campobasso, con una sede distaccata a Bojano, Isernia, con una sede distaccata a Venafro ed un'altra ad Agnone, e Termoli con una sede distaccata a Larino. Per ciascun Consultorio Familiare è necessario garantire una dotazione organica minima come previsto dal citato accordo Stato-Regioni. Nelle sedi distaccante sarà possibile erogare le prestazioni richieste dal territorio di riferimento attraverso forme organizzative improntate alla flessibilità. Al Consultorio di Campobasso spetta il compito di coordinare l'azione consultoriale regionale.

Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA)

All'interno dell'Area Materno-Infantile opera la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) che si occupa della prevenzione, diagnosi, cura, terapia e riabilitazione dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva (0/18 anni). La NPIA è servizio specialistico di riferimento regionale di 2° livello in grado di garantire per l'intero territorio l'omogeneità dei percorsi diagnostici e terapeutici, gestendo le prestazioni specialistiche di II livello per la valutazione di situazioni neuropsichiatriche o a rischio, la diagnosi e l'elaborazione del progetto assistenziale, la presa in carico per la cura, la riabilitazione e l'integrazione dei disabili nell'ambiente di vita; elaborando programmi ed emanando direttive generali per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi e coordinando tutte le attività aziendali di settore, con particolare riferimento alle aree di neuropsichiatria. Sono previsti presso la NPIA il Centro Specialistico Regionale Autismo (CSRA), il Centro Specialistico per i D.S.A. (Disturbi Specifici di Apprendimento) e il Centro di Riferimento per la diagnosi e cura dell'ADHD. Il modello organizzativo della NPIA prevede interventi secondo le linee regionali e nazionali in materia di prevenzione, diagnosi e tutela dell'età evolutiva e l'adozione di specifici percorsi diagnostici e terapeutici integrati che coinvolgono in un'ottica circolare le varie figure professionali che operano a livello regionale, con un'unica centralità che consiste nell'individuare in modo precoce i disturbi neuropsichici e neuropsichiatrici del bambino e del ragazzo, congiuntamente alle problematiche familiari. Tale modello è basato sul lavoro di gruppo

multiprofessionale che vede coinvolti i medici insieme agli operatori delle professioni sanitarie (psicologi, operatori della riabilitazione, infermieri, educatori, assistenti sociali), sulla collaborazione e interazione interdisciplinare tra gli operatori sanitari dell'età evolutiva e il complesso dei servizi sociali ed educativi, sul coinvolgimento della famiglia in tutti gli aspetti del percorso di presa in carico, sulla gestione unitaria e complessiva dell'intervento riabilitativo, attraverso programmi selettivi e mirati, erogati tempestivamente e per il tempo necessario, sin dalla prima infanzia. La NPIA garantisce la continuità e la qualità delle prestazioni a livello regionale, a partire dal percorso diagnostico (Valutazione Clinica Globale) fino alla definizione e al periodico monitoraggio del progetto terapeutico-abilitativo personalizzato in integrazione con le Equipe territoriali distrettuali, dedicate all'età evolutiva. La continuità dell'assistenza e l'intervento integrato di tutti i livelli necessari alla cura e abilitazione del paziente e della sua famiglia avvengono tramite l'integrazione della S.S.D. NPIA con le Equipe territoriali distrettuali di Isernia e Termoli. La NPIA si occupa anche della cura e dell'abilitazione del bambino/ragazzo e della sua famiglia per l'area distrettuale di Campobasso. Ai fini di assicurare un adeguato percorso diagnostico per i Disturbi del Neurosviluppo occorre individuare una Struttura Specialistica in regime di ricovero per l'effettuazione di esami strumentali.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Gestione PDTA e implementazione dei percorsi per soggetti affetti da disturbi dello spettro autistico (ASD)	
Indicatori di risultato	**Tempistica**
Attivazione PDTA sui disturbi dello spettro autistico (ASD)	**31.12.2021**
Istituzionedella sede del Centro Specialistico Regionale Autismo (CSRA) presso la Neuropsichiatria infantile di Campobasso	**31.12.2021**
Istituzione Centro diurno per persone con ASD	**31.12.2021**
Attivazione Progetto Pilota di due realtà abitative protette per persone con ASD a Campobasso e Termoli	**31.12.2021**
Responsabile del procedimento attuativo	
Direzione Generale per la Salute	
Direzione Generale ASReM	

6 Salute mentale e le Dipendenze Patologiche

6.1 Il Dipartimento di Salute Mentale e le dipendenze patologiche

6.1.1 Riorganizzazione del Dipartimento di Salute Mentale

La Regione Molise con DCA 68/2015 ha approvato il documento per la riorganizzazione del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche, nello specifico la Regione ha iniziato un processo per riconversione e diversificazione delle attuali strutture residenziali assistenziali per il supporto di pazienti psichiatrici presenti sul territorio. Il processo di riconversione prevede una diversa articolazione per intensità assistenziale (bassa e alta intensità) di potenziare l'attività semiresidenziale e promuovere l'inserimento socio-lavorativo.

Tipologia	Campobasso	Isernia	Termoli
SRP1	10	10	10
SRP2	20	10	10
SRP3.1	10	10	10
SRP3.3	10	10	8
Alta intensità	30	20	20
Bassa intensità	20	20	18
Totale	**50**	**40**	**18**

Tabella 4 Numeri PL in strutture semiresidenziali psichiatriche

In riferimento al riordino delle Strutture Residenziali, semi-residenziali e di accreditamento e al fine di risolvere le conflittualità tra i rappresentanti delle CRP e il "Governo" Regionale/Commissariale, a partire dal mese di Settembre 2019, si è costituito un Gruppo formato da Associazione Regionale Strutture Sanitarie e Sociali (ARESS) e dal Consorzio Utilità Sociale (CUS) in modo tale da rappresentare il 93% delle strutture residenziali.

L'obiettivo è quello di valutare una migliore riorganizzazione generale delle strutture residenziali riabilitative ed assistenziali, sulla base di quanto già esplicitato nel DCA 47/2018.

Il gruppo di lavoro propone una rimodulazione dei posti letto, raggiungendo così un equilibrio, come suggerisce AGENAS, tra SRP di intensità riabilitativa (SRP1) e di intensità assistenziale (SRP2) e socio-terapeutico-riabilitativo (SRP3.1 e SRP3.2).

Tale riorganizzazione permetterà di ottenere una riduzione dei costi riconosciuti in sentenza di Consiglio di Stato per l'adeguamento ISTAT. Difatti, una volta raggiunto l'accordo, il decreto con la rimodulazione delle strutture ad alta e bassa intensità, conterrà anche una modifica alle legge regionale, che prevederà l'utilizzo di tariffe non suscettibili all'aumento ISTAT.

Servizio Dipendenze

All'interno dell'Area della Salute Mentale, ai sensi della Legge 79/2014, di modifica di alcuni articoli del D.P.R. 309/90, Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, che disciplina il cambio di denominazione, sono presenti i Servizi per le Dipendenze (Ser.D.).

Tale cambiamento, non solo terminologico, prende atto della aumentata complessità del fenomeno non più legato esclusivamente all'uso della sostanza, prevalentemente eroina, ma anche ad altri comportamenti che

inducono dipendenza senza uso di sostanze (gioco d'azzardo, internet, shopping compulsivo, sex addiction ecc.). Questa nuova visione dei servizi impone di conseguenza una riorganizzazione del Sistema pubblico che deve essere in grado di proporre risposte complesse a bisogni sempre più complessi e articolati. In tale contesto, occorre definire una strategia tesa a implementare e potenziare il servizio pubblico, adottando una modalità di intervento che privilegia la valutazione multidimensionale del bisogno, i percorsi terapeutici integrati, il raccordo con le ulteriori realtà del territorio, nel rispetto di una logica di rete, con strutturazione di protocolli di presa in carico globale.
Il settore prevenzione e cura della Dipendenza garantisce la programmazione, la gestione, la verifica e la valutazione degli interventi e delle azioni rivolte alle dipendenze patologiche nell'ambito della tutela della salute, della prevenzione, della socio-riabilitazione e della riduzione dei danni e dei rischi per le dipendenze patologiche. Costituisce nell'Azienda l'organo di indirizzo, controllo e governo del sistema integrato di servizi pubblici e del privato sociale ed è organizzata in centri di costo e di responsabilità. L'Area prevede una articolazione organizzativa aziendale e periferica di servizi centrali, a Campobasso, e territoriali, a Termoli ed Isernia, e di tipologie (strutture ambulatoriali territoriali, strutture intermedie diurne e residenziali, unità mobili, strutture accreditate degli Enti Ausiliari) il cui insieme configura un sistema di servizi e di azioni diversificate e adeguate alle diverse realtà e caratteristiche degli utenti di riferimento (consumatori di droghe e sostanze psicoattive illegali e legali, detenuti, immigrati SIP, senza dimora, alcolisti, consumatori problematici di cocaina e di alcol, policonsumatori, consumatori ricreativi, dipendenze senza sostanze (Ludopatie, internet addiction, etc)).
I SER.D. principali sono previsti nelle corrispondenti sedi distrettuali di Campobasso, Isernia e Termoli, ma in base alle esigenze del bisogno di salute della popolazione e nel rispetto della diversità geomorfologica del territorio, sarà possibile attivare sedi dislocate presso i Comuni ex sede di Distretto sanitario (Venafro, Agnone, Larino, Bojano, Riccia).
Il Ser.D è una struttura socio-sanitaria incentrata sui bisogni dell'utente ed è costituito da un'equipe multidisciplinare che, al fine di assicurare la copertura del fabbisogno multidimensionale che prende in carico in maniera sempre più estensiva anche dipendenza comportamentali, dovrà avere a disposizione un numero congruo di operatori proporzionali agli abitanti del Distretto di riferimento e agli utenti in carico.
E' intenzione della Regione Molise assicurare l'attività di prevenzione delle Dipendenza attraverso l'azione progettuale e mirata dei Ser.D, anche utilizzando risorse nazionali specifiche extra dotazione ordinaria.

6.2 I disturbi del comportamento alimentare

6.2.1 La presa in carico dei minori con disturbi del comportamento alimentare

Nel campo dei disturbi dell'alimentazione, il Ministero della Salute in data 29 Settembre 2017 ha pubblicato le *"Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione"*. La problematica dei Disturbi Alimentari (DA) è un problema di sanità pubblica di crescente importanza dal momento che, sia per l'anoressia che per la bulimia, negli ultimi decenni, c'è stato un notevole abbassamento dell'età dell'esordio. L'esordio precoce si associa spesso ad un rischio elevato di danni permanenti, secondari alla malnutrizione, soprattutto perché i tessuti non hanno ancora raggiunto una piena maturazione, come le ossa e il Sistema Nervoso Centrale. Si rende quindi indispensabile essere preparati ad attuare interventi precoci, adottando strumenti di valutazione nutrizionale adeguati all'età e tecniche terapeutiche che siano efficaci per pazienti in età adolescenziale. Risulta poi fondamentale mantenere la continuità terapeutica e programmare attività con equipe multidisciplinari. L'obiettivo di Regione Molise è quello di recepire a livello regionale le linee guida nazionali Ministero della Salute e di attuare specifici percorsi a livello territoriale.

Uno dei problemi più rilevanti è il continuo abbassamento dell'età di insorgenza dei disturbi del comportamento alimentare che giungono all'osservazione dei servizi di Salute Mentale senza che gli stessi abbiano potuto operare una presa in carico congiunta tra la Neuropsichiatria Infantile e il Dipartimento di Salute Mentale. Di conseguenza il primo obiettivo è l'elaborazione di un PDTA tra la Neuropsichiatria Infantile e il Dipartimento di Salute Mentale adulti per favorire la presa in carico congiunta già in minore età, nonché la continuità terapeutica. Inoltre, si rende necessaria, la presa in carico dei grandi obesi.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Riorganizzazione del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche	
Presa in carico dei minori con disturbi del comportamento alimentare e promozione della continuità terapeutica	
Indicatori di risultato	**Tempistica**
Riconversione e diversificazione delle attuali strutture residenziali assistenziali	**31.12. 2021**
Recepimento con DCA delle Linee guida nazionali multidisciplinari sui disturbi alimentari del Ministero della Salute	**31.12.2021**
Predisposizione del PDTA atto a recepire le Linee guida nazionali multidisciplinari e regionali sui disturbi alimentari del Ministero della Salute	**31.12.2021**
Elaborazione di percorsi in semi-residenziale per la riabilitazione psico-nutrizionale come definito dalle raccomandazioni dei "Quaderni Ministeriali"	**31.12.2021**
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
Servizio regionale per l'assistenza socio-sanitaria	
Direzione Generale ASReM	

7 Salute Penitenziaria

7.1 L'organizzazione dell'assistenza sanitaria alle persone detenute

7.1.1 Promozione della continuità assistenziale

Assistenza sanitaria alle persone detenute o internate (ex art. 58 dei LEA)

In richiamo al DPCM del 1.04.08 ed in ossequio alle disposizioni dell'Accordo "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti Penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali", approvato dalla CU in data 22/01/15 e recepito dalla Regione Molise con decreto del Presidente della Regione Molise - Commissario Ad Acta – n.22 del 31.03.2015, si è inteso realizzare gli obiettivi che seguono:

- Rimodulare, nell'ambito dei Livelli di Assistenza, il complesso delle attività erogate, articolandolo in un ventaglio più ampio di risposte disponibili con una maggiore flessibilità progettuale, al fine di renderlo più adeguato ai variegati bisogni che attualmente connotano la popolazione detenuta;
- Ottenere un più efficiente utilizzo di risorse sanitarie;
- Attivare la Telemedicina;
- Assicurare la continuità assistenziale necessaria ai detenuti che presentino patologie in acuzie e post-acuzie.

MODELLO DI RETE SASP (Servizio Assistenza Sanità Penitenziaria)

Il modello di Rete Regionale della Sanità Penitenziaria prevede che, all'interno dei presidi sanitari penitenziari, siano presenti i requisiti minimi individuati (personale, tecnologie, servizi). Il principio guida è l'adeguamento della rete dei servizi sanitari penitenziari al modello di assistenza sanitaria territoriale previsto per i cittadini liberi.

L'accordo del 22.01.2015 approvato in C.U. prevede che la pianificazione regionale dei servizi destinati alla presa in carico dei detenuti che necessitano di particolare impegno assistenziale sia orientata al modello organizzativo delle reti cliniche integrate "*HUB & SPOKE*" che sono identificati in base alla tipologia di assistenza: assistenza di base, assistenza tipo *SPOKE*, assistenza tipo *HUB*.

DESCRIZIONE DELLA RETE SASP (Servizio Assistenza Sanità Penitenziaria)

Assistenza BASE – Casa Circondariale di Isernia

- Copertura medica: servizio H12 nei giorni feriali. Il servizio notturno è a chiamata ed è garantito dal servizio di continuità assistenziale del territorio al bisogno;
- Presenza del Medico Responsabile di Presidio, o suo delegato in caso di assenza dal servizio o impedimento, per 18 ore settimanali nei giorni feriali;
- Presenza di attività Specialistica SERD, PSICHIATRIA, ODONTOIATRIA, INFETTIVOLOGIA, CARDIOLOGIA;
- Ambulatorio Infermieristico h12.

Assistenza *SPOKE* – Casa Circondariale e Reclusione di Larino

- Copertura medica servizio H12 nei giorni feriali, H6 nei festivi; Il servizio notturno è a chiamata ed è garantito dal servizio di continuità assistenziale del territorio al bisogno;
- Presenza del Medico Responsabile di Presidio, o suo delegato, per 18 ore settimanali nei giorni feriali;
- Medicina specialistica: SERD, PSICHIATRIA, ODONTOIATRIA, INFETTIVOLOGIA, CARDIOLOGIA, ORTOPEDIA, OCULISTICA, UROLOGIA, GASTRO-ENTEROLOGIA, DERMATOLOGIA;
- Ambulatorio infermieristico H 14.

Assistenza *HUB* – Casa Circondariale e Reclusione di Campobasso

- Copertura medica del servizio H24;
- Presenza del Medico Responsabile di Presidio, o suo delegato, per 24 ore settimanali nei giorni feriali;
- Medicina specialistica: SERD, PSICHIATRIA, ODONTOIATRIA, INFETTIVOLOGIA, CARDIOLOGIA, ORTOPEDIA, OCULISTICA, DERMATOLOGIA;
- Ambulatorio ecografico;
- Ambulatorio infermieristico H24.

HUB Ospedaliero – Reparto detenuti

Centro di riferimento regionale presso l'Ospedale Cardarelli di Campobasso dove è presente un Reparto destinato al ricovero dei pazienti detenuti dotato di 4 posti letto.
L'attività clinica presso il Reparto è garantita dal personale proveniente dei Reparti Specialistici del nosocomio. È' inoltre previsto un contingente infermieristico a garanzia della presa in carico dell'assistenza.

Sezione Osservazione Psichiatrica

La Casa Circondariale di Isernia sarà dotata di tre celle singole riservate alle osservazioni psichiatriche ex art. 112 DPR 230/2000. In tale evenienza, la presenza psichiatrica sarà garantita per 14 ore settimanali e l'ambulatorio infermieristico sarà h24.

ISTITUTO	Tipo istituto	SASP	Capienza regolamentare	Detenuti presenti	Di cui donne	Di cui stranieri
CAMPOBASSO	CCR	HUB	106	160	0	52
LARINO	CCR	SPOKE	114	225	0	70
ISERNIA*	CC	BASE	50	29*	0	5*

**in corso lavori di ristrutturazione, per cui è stata chiusa una sezione detentiva*
Detenuti presenti e capienza regolamentare degli istituti penitenziari del Molise - Situazione al 31 maggio 2019
Fonte Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Tabella 5 Tipologia di strutture penitenziarie e sanitarie

COORDINAMENTO REGIONALE

Il funzionamento del sistema di Rete è garantito, dal punto di vista operativo, dalla figura del Coordinatore Regionale della rete dei servizi sanitari in ambito penitenziario individuato con Determinazione del Direttore Generale della Direzione Salute n.90 del 06.04.2017.
Compiti e funzioni:

- Assicura l'operatività e l'omogeneità del Sistema sanitario penitenziario regionale in base ai reali fabbisogni e la gestione delle problematiche organizzative che coinvolgono i servizi aziendali della Sanità Penitenziaria;
- Facilita la circolarità delle informazioni che coinvolgono l'ambito sanitario penitenziario regionale e l'Amministrazione Penitenziaria;
- È punto di riferimento per le richieste di trasferimento dei detenuti per motivi sanitari, effettuate dai responsabili dei presidi sanitari penitenziari;
- Comunica con gli uffici del Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria per il Lazio, l'Abruzzo e il Molise (PRAP) per le pratiche di traduzione in ambito regionale ed extra-regionale;
- Effettua le opportune valutazioni sui bisogni di cura del detenuto e dell'idoneità delle sedi ove eventualmente assegnarlo. I trasferimenti in altre regioni possono essere presi in esame, in modo discrezionale, per patologie di maggiore gravità;
- Si rende garante, ai fini della continuità terapeutica, dello scambio delle necessarie informazioni tra il servizio inviante e quello ricevente;

- È interlocutore per il PRAP per le problematiche sanitarie di tipo operativo;
- Partecipa al Gruppo Tecnico Inter-istituzionale della Sanità Penitenziaria;
- Interloquisce, per le tematiche sanitarie, con il Garante regionale dei diritti della Persona.

ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO AZIENDALE SANITÀ PENITENZIARIA – ASReM

Livello centrale

L'Unità Operativa Semplice di TUTELA DELLA SALUTE IN CARCERE (SSTSC), inserita all'interno della SC Integrazione Ospedale-Territorio, garantisce l'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura previste nei LEA all'interno degli istituti penitenziari presenti sul territorio aziendale (Casa Circondariale e Reclusione di Campobasso, Casa Circondariale e Reclusione di Larino, Casa Circondariale di Isernia), in conformità ai principi definiti dalle linee di indirizzo regionali e nazionali per gli interventi del S.S.N. a tutela della salute dei detenuti e degli internati, sulla base del principio della piena parità di trattamento con i cittadini liberi.

Ha i seguenti compiti, rapportandosi con i Servizi di Medicina Penitenziaria Distrettuali e riferendo alla SC Integrazione Ospedale-Territorio:

- Coordina le attività di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e ricovero in ambiente ospedaliero di degenza protetta, da attuare nei confronti della popolazione detenuta;
- Coordina le prestazioni sanitarie all'interno degli istituti di pena, tenendo in considerazione le peculiarità della popolazione detenuta;
- Coordina le attività di prevenzione con azioni finalizzate al miglioramento della qualità della vita in carcere (prevenzione ambientale) ed interventi mirati a ridurre il rischio di patologie correlate al regime detentivo, nella tutela della salute dell'individuo e della comunità penitenziaria;
- Coordina le attività di cura attraverso percorsi terapeutici che garantiscono la continuità assistenziale, la tempestività, l'appropriatezza e la qualità degli interventi;
- Coordina l'erogazione di prestazioni per: diagnostica, assistenza infermieristica, servizio farmaceutico, medicina generale, medicina d'urgenza, medicina specialistica (con attivazione di diverse branche specialistiche nelle varie strutture, in ragione dei bisogni rilevati presso la popolazione ristretta);
- Interagisce con il Dipartimento di Salute Mentale e con i Servizi per le Tossicodipendenze aziendali per i problemi inerenti la salute mentale e per la prevenzione e cura del settore tossicologico;
- Coordina la funzionalità delle cosiddette celle detenute presente nell'Ospedale Cardarelli di Campobasso;
- Coordina il personale sanitario operante nelle strutture penitenziarie ricadenti nell'ambito di competenza aziendale;
- Cura le relazioni con gli enti sovraordinati (Regione) e con le competenti articolazioni dell'Amministrazione Penitenziaria (Provveditorato Regionale, Direzioni degli istituti penitenziari presenti sul territorio aziendale);
- È componente della Commissione Medica di Verifica del MEF per l'accertamento della idoneità degli agenti di Polizia Penitenziaria.

Livello Distrettuale

Il Servizio di Medicina Penitenziaria (SMP), inserito nella UOC Medicina di Base del Distretto Sanitario, garantisce l'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura previste nei LEA all'interno dell'Istituto penitenziario, in conformità ai principi definiti dalle linee di indirizzo regionali e nazionali per gli interventi del S.S.N. a tutela della salute dei detenuti e degli internati, sulla base del principio della piena parità di trattamento con i cittadini liberi.

Ha i seguenti compiti:

- Gestisce le attività di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e ricovero in ambiente ospedaliero di degenza protetta, da attuare nei confronti della popolazione detenuta;
- Assicura, le prestazioni sanitarie all'interno dell'Istituto, tenendo in considerazione le peculiarità della popolazione detenuta;
- Assicura attività di prevenzione con azioni finalizzate al miglioramento della qualità della vita in carcere (prevenzione ambientale) ed interventi mirati a ridurre il rischio di patologie correlate al regime detentivo, nella tutela della salute dell'individuo e della comunità penitenziaria;
- Assicura attività di cura attraverso percorsi terapeutici che garantiscono la continuità assistenziale, la tempestività, l'appropriatezza e la qualità degli interventi;
- Assicura le prestazioni per: diagnostica, assistenza infermieristica, servizio farmaceutico, medicina generale, medicina d'urgenza, medicina specialistica (con attivazione di diverse branche specialistiche, in ragione dei bisogni rilevati presso la popolazione ristretta);
- Interagisce con il Dipartimento di Salute Mentale e con il Servizio per le Tossico/Alcol-dipendenze aziendale per i problemi inerenti la salute mentale e per la prevenzione e cura del settore tossicologico;
- Collabora con i reparti ospedalieri per la cura degli stati acuti di malattia dei soggetti detenuti;
- Gestisce il personale sanitario operante nella struttura penitenziaria ricadente nell'ambito di competenza distrettuale;
- Si rapporta col responsabile della SS Tutela della Salute in carcere.

Articolazione Intramuraria

Articolazione intramuraria è il Presidio Sanitario Penitenziario (PSP) interno alla Casa Circondariale, che assicura praticamente le prestazioni sanitarie a favore dei detenuti.
Nel presidio sanitario penitenziario è presente:

- Responsabile di PSP;
- Servizio di medicina generale;
- Servizio di medicina specialistica;
- Servizio infermieristico.

E' inoltre assicurato all'interno degli Istituti penitenziari un **Servizio per le Dipendenze**, con medico e psicologo dedicato.

In particolare il **Medico Responsabile del PSP** è autonomo e responsabile per ciò che riguarda le attività sanitarie intramurarie e coordina i medici penitenziari assegnati, stabilendo turnazioni ed eventuali assenze. È responsabile delle richieste di approvvigionamento dei farmaci, del materiale sanitario e della tenuta dell'armadio farmaceutico, è responsabile della tenuta dei diari clinici; assicura le prestazioni medico-legali previste dall'ordinamento penitenziario a favore della popolazione detenuta ed eroga le prestazioni medico-legali a favore della polizia penitenziaria. Durante le sue assenze comunica alla Direzione dell'Istituto e al SMP il nominativo del medico che ne fa le veci. Si interfaccia con il Responsabile del SMP.

Il **servizio di medicina generale** assicura:

- Le prestazioni di base;
- Le urgenze cliniche;

- Il servizio accoglienza nuovi giunti;
- Certificazioni mediche in uso nell'ambito penitenziario;
- Le prestazioni medico-legali a favore della Polizia Penitenziaria e della popolazione detenuta in caso di assenza del responsabile e non procrastinabili.

Il **servizio di medicina specialistica** assicura le prestazioni specialistiche all'interno della struttura penitenziaria.

Il **SERD** penale è costituito da un medico ed uno psicologo dedicati. I principali compiti consistono in:

- Visite mediche e colloqui specialistici;
- Prescrizione esami tossicologici;
- Prescrizione psicofarmaci;
- Formulazione Piani terapeutici per farmaci sostitutivi (metadone, buprenorfina/naloxone, sodio oxibato);
- Certificazione di tossicodipendenza o di abuso di sostanze stupefacenti e/o di alcooldipendenza ai sensi del DPR n.309/1990 e s.m.i., D.M. n.186/1990 e legge n.49/2006;
- Raccordi con SERT regionale;
- Raccordi e riunioni di equipe con operatori penitenziari (educatori e assistenti sociali dell'Amministrazione Penitenziaria).

Il **servizio infermieristico** assicura le prestazioni inerenti il proprio profilo professionale. È coordinato dalla posizione organizzativa del Distretto Sanitario, che è incaricata di redigere mensilmente i turni di lavoro del personale infermieristico e di presentarli per l'approvazione preventiva al Responsabile del SMP distrettuale. Nel PSP è prevista inoltre la figura dell'infermiere referente, che gestisce le relazioni con i vari Uffici dell'Istituto di pena, affianca le attività specialistiche, si occupa delle prenotazioni di esami e visite specialistiche esterne, ecc.
Il **Distretto Sanitario** competente per territorio assicura tutte le attività logistiche necessarie per le funzioni del PSP (approvvigionamento farmaci, ritiro prelievi ematici, fornitura di materiale d'uso, ecc.).

7.1.2 Il processo di informatizzazione dell'Assistenza Sanitaria in ambito penitenziario

CARTELLA HTH SANITA' PENITENZIARIA/DIARIO CLINICO E DOCUMENTAZIONE SANITARIA, AREA CUP

L'ASReM intende avviare l'informatizzazione dell'Assistenza Sanitaria in ambito penitenziario, attraverso l'adozione della Cartella Informatizzata (HTH) per la gestione del Diario Clinico e della Documentazione Sanitaria di tutti i distretti presenti negli Istituti di pena del Molise, favorendo in tal modo l'eliminazione del cartaceo, il controllo della gestione e l'analisi dei costi.
L'area CUP, già presente all'interno del carcere di Campobasso è un centro Unico di Prenotazioni per l'accesso elettronico alla Sanità, da dove è possibile la prenotazione di esami ematochimici e strumentali e visite specialistiche, valide per tutto il territorio regionale.
La completa informatizzazione consentirà inoltre la telemedicina.

FORMAZIONE

È essenziale per poter attuare e governare il modello della Sanità Penitenziaria. Pertanto, si rende opportuno la iniziale previsione di un progetto di formazione sul campo per favorire l'integrazione operativa e lo sviluppo delle necessarie relazioni tra i diversi responsabili della rete regionale della sanità penitenziaria, nonché per definire quanto prima - delle procedure e dei protocolli regionali condivisi. Necessari corsi BLS per il personale di Polizia Penitenziaria, che nelle carceri di Larino e Isernia è l'unica presenza intramuraria che durante le ore notturne può per prima intervenire nelle emergenze/urgenze.

MONITORAGGIO

Lo stato di realizzazione e il funzionamento della rete regionale, così come indicato nel presente documento avverrà attraverso il monitoraggio da parte dell'Osservatorio Regionale sulla Sanità Penitenziaria (istituito con

DGR Molise n.1326/2008 e s.m.i.), con il quale verrà verificato lo stato dell'offerta sanitaria negli Istituti Penitenziari del Molise e l'auspicata armonizzazione dell'erogazione omogenea dei LEA sul territorio regionale.

INDICATORI DI OFFERTA E QUALITA'

La Sanità Penitenziaria deve necessariamente essere intesa come l'insieme delle azioni integrate di ogni struttura organizzativa della rete di offerta del sistema sanitario a livello regionale e territoriale / locale per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle persone in stato di detenzione.

Tale assistenza sanitaria si caratterizza per una forte specificità e complessità. La maggior parte dei detenuti proviene dagli strati sociali in cui incidono più pesantemente in modo negativo i determinanti della salute (quali quelli sociali, lavoro, reddito, istruzione, ecc.), con ripercussioni negative sullo stato di salute rispetto alla popolazione generale.

Accedono ai servizi sanitari più tardivamente, spesso non fanno le terapie secondo le indicazioni e si sottraggono ai controlli periodici con frequenti ospedalizzazioni e complicanze.

Sono molto frequenti stati invalidanti e una mortalità più precoce rispetto al resto della popolazione. Anche gli studi internazionali evidenziano che già al momento dell'ingresso in carcere la popolazione detenuta si caratterizza per una prevalenza nettamente superiore di disturbi psichici, di dipendenza da sostanze psicotrope, di malattie infettive e di alcune patologie croniche.

Inoltre la carcerazione di per sé può rappresentare un momento di esposizione ad altri rischi specifici (spazi confinati, sovraffollamento, rischi infettivi, sedentarietà, auto ed etero aggressività, depressione e ansia) essendo in grado non solo di scompensare preesistenti equilibri, ma anche di distruggere una qualsiasi personalità. Il fenomeno suicidario è una testimonianza.

Si ritiene necessaria l'elaborazione di uno strumento condiviso riproducibile di primo accesso per lo screening della patologia psichiatria, nonché l'elaborazione di un percorso idoneo ad assicurare la condivisione di trattamento tra la Sanità Penitenziaria Intramuraria e il Dipartimento di Salute Mentale per detenuti. Il percorso dovrà garantire una presa in carico differenziata a seconda della classificazione patologica del paziente secondo i criteri definiti dal Piano di Azione Nazionale Salute Mentale.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Promozione della continuità assistenziale necessaria ai detenuti e condivisione del trattamento tra Sanità Penitenziaria Intramuraria e Dipartimento di Salute Mentale	
Informatizzazione dell'Assistenza Sanitaria in ambito penitenziario	
Indicatori di risultato	**Tempistica**
Elaborazione di un PDTA finalizzato alla condivisione e continuità terapeutica	**31.12.2021**
Adozione della Cartella Informatizzata (HTH) e attivazione della Telemedicina	**31.12.2021**
Responsabile del procedimento attuativo	
Direzione Generale Salute	
Direzione Generale ASReM	

8 Governo dell'assistenza farmaceutica e dei dispositivi medici

8.1 Metodo valutativo dei Medici di Medicina Generale (MMG) – Progetto di budget

8.1.1 Metodo valutativo dei Medici di Medicina Generale (MMG) – Progetto di budget

La Regione Molise, al fine di ridurre il fenomeno dell'iperprescrizione e promuovere la razionalizzazione della prescrizione delle classi terapeutiche (ATC) che presentano particolari criticità ed elevati rischi di inappropriatezza / altospendenti, ha messo in atto un processo di valutazione e monitoraggio delle modalità prescrittive dei Medici di Medicina Generale e dei pediatri di libera scelta.

Il metodo valutativo attiene alle categorie di farmaci che determinano i "consumi di base" con esclusione di quelle classi terapeutiche che generano "consumi indotti", il cui utilizzo è stabilito in maniera prevalente da medici specialisti e medici ospedalieri e che seguono solitamente canali distributivi diversi dalla farmaceutica convenzionata.

La presente azione si sostanzia nel consolidamento di tale metodologia, ponendo particolare attenzione alle classi terapeutiche individuate per criticità e rischi di inappropriatezza prescrittiva, secondo i maggiori indicatori di consumo aggiornati all'annualità 2018 e di seguito riportate:

- Antimicrobici Sistemici (ATC J01)
- Ipertensivi che agiscono sul SRA (Sistema Renina-Angiotensina) (ATC C09)
- Sostanze modificatrici dei lipidi (ATC C10)

Risultati programmati

- Allineamento dei medici iperprescrittori alla media regionale eliminando le prescrizioni inappropriate.

8.2 Promozione delle misure dirette a garantire l'appropriatezza prescrittiva degli "antimicrobici generali per uso sistemico"

8.2.1 Promozione delle misure dirette a garantire l'appropriatezza prescrittiva degli "antimicrobici generali per uso sistemico"

Il ricorso ai farmaci antimicrobici costituisce una criticità della Regione Molise. Tale criticità riguarda sia la prevalenza d'uso riferita a tutte le formulazioni (42,5% della popolazione residente) che l'incidenza delle formulazioni iniettive.

Nell'anno 2017, gli indicatori di consumo dei farmaci afferenti al gruppo terapeutico J01, rilevati nella Regione Molise, risultano per tutte le formulazioni di 900 unità posologiche (UP)/100 residenti e per le formulazioni iniettive di 54 unità posologiche (UP)/100 residenti.

In considerazione dell'aumentato fenomeno della "resistenza" agli agenti patogeni a causa dell'impiego massivo ed improprio degli antibiotici, il presente intervento ha la finalità di aumentare i livelli di appropriatezza

prescrittiva, con conseguente razionalizzazione/contenimento della spesa farmaceutica per la categoria terapeutica J01, mediante la riduzione dei livelli di consumo entro parametri prossimi ai valori rilevati nel panel delle Regioni centro settentrionali – standard di riferimento per i valori di appropriatezza prescrittiva.

Dall'analisi del Rapporto OsMed 2017 si è determinato il valore medio dell'indicatore DDD/1000 abitanti per le regioni Toscana, Emilia Romagna, Liguria, Umbria e Marche.
Dal valore medio dell'indicatore DDD/1000 abitanti, che è risultato pari a 18,8, si è arrivati ad ottenere un valore medio espresso in Unità Posologiche (U.P.) pari a 700 UP per tutte le formulazioni ogni 100 abitanti ed un valore medio pari 30 UP per la formulazione iniettiva ogni 100 abitanti.

La Regione Molise per la classe J01, ha fatto registrare un valore di DDD/1000 abitanti pari a 22,5 corrispondenti a 900 unità posologiche (UP)/100 residenti per tutte le formulazioni e 54 unità posologiche (UP)/100 residenti per le formulazioni iniettive (fonte dati OSMED e FARMASTAT).

Risultato programmato

Riduzione del volume complessivo annuo di unità posologiche (UP) in rapporto alla popolazione, in termini generali per tutte le formulazioni (indicatore 1a: ≤ 700) e in riferimento alla forma iniettiva (indicatore 1b: ≤ 30). In seguito alla pubblicazione del Rapporto Osmed 2018, in caso di variazioni rispetto alla suddetta analisi, si provvederà all'aggiornamento dell'analisi e del risultato programmato.

8.3 Indicatori di appropriatezza clinica per aree terapeutiche di sovra utilizzo

8.3.1 Indicatori di appropriatezza clinica per aree terapeutiche di sovra utilizzo

Il buon funzionamento dei sistemi sanitari tradotto in termini di efficacia, efficienza ed equità si rapporta alla capacità di determinare e identificare le cure necessarie, minimizzando fenomeni di inappropriatezza. L'aumento dei costi sanitari, inoltre, contestualmente all'esigenza di promuovere qualità e sicurezza, colloca la valutazione dell'appropriatezza al centro delle politiche sanitarie nazionali, regionali e locali. È ormai diffusa la cognizione che l'appropriatezza delle cure può essere misurata e costituire quindi la base per compiere le scelte migliori sia per il singolo paziente sia per la collettività.

A tal fine la Regione Molise ha monitorato e valutato nei Programmi Operativi 2015-2018, i PTDA applicati nella pratica clinica mediante lo strumento "*Business intelligence Health*-DB".

Il cruscotto "*Business Intelligence*", attivato nella sede del Programma Operativo 2015-2018, ha l'obiettivo di garantire l'attività di verifica dell'appropriatezza clinica delle prescrizioni farmaceutiche in ambito sia territoriale che ospedaliero, determinando un significativo cambiamento per il monitoraggio e il governo della prescrizione farmaceutica in Regione, ovvero il passaggio dalla misura della variabilità prescrittiva in termini di volumi (DDD per 1000 abitanti die, pazienti in trattamento rispetto alla popolazione generale) o di spesa (spesa pro capite), all'analisi dell'utilizzo dei farmaci nel rispetto dell'indicazione terapeutica o delle condizioni per le quali è stata concessa la rimborsabilità.

La presente azione prevede l'implementazione dell'applicazione di questo nuovo modello che necessita di una serie di attività quali:

- la formazione continua sia del personale interno che dei medici di medicina generale;
- lo studio delle esigenze territoriali e l'individuazione delle azioni strategiche da porre in essere;
- l'individuazione degli ulteriori indicatori;
- la verifica della disponibilità dei dati per le elaborazioni;
- la messa a regime delle attività di audit.

In particolare, le attività di audit clinico costituiscono una fase fondamentale del progetto in quanto, attraverso una revisione sistematica delle modalità prescrittive rispetto agli standard assistenziali, è possibile ottenere un

miglioramento della pratica clinica e di conseguenza un miglioramento dell'assistenza al paziente con conseguenti benefici in termini di eventi evitati (ricoveri e decessi) e con i relativi effetti sull'ottimizzazione della spesa farmaceutica.

Il ciclo dell'audit clinico nell'ambito del progetto Health-DB prevede 4 fasi, a valere quali attività cicliche annuali:

- Definizione Obiettivi e Studio degli indicatori di Appropriatezza
  - Analisi degli indicatori di consumo per individuare gli ambiti prioritari su cui intervenire;
  - Identificazione degli indicatori di appropriatezza da monitorare.
- Identificazione inappropriatezze e miglioramenti
  - Invio ai prescrittori dei risultati dei loro indicatori e dell'elenco dei loro pazienti per i quali è necessaria una attività di audit;
  - Azioni di miglioramento da parte dei prescrittori.
- Audit con i Clinici
  - Confronti con i medici per identificazioni, eccezioni, azioni correttive della loro pratica clinica, ambiti di miglioramento;
  - Identificazione delle azioni correttive aziendali;
- Verifica periodica dei risultati
  - Analisi dei risultati ottenuti (clinici ed economici);
  - Valutazione dell'efficacia del percorso.

Tali fasi sono già state avviate in modo strutturato dalla Regione Molise; tuttavia necessitano di implementazione.

Risultati programmati

In relazione agli indicatori di appropriatezza clinica già utilizzati, si rende necessario procedere all'individuazione di ulteriori indicatori di monitoraggio sull'utilizzo di farmaci a notevole impatto economico, come di seguito descritti:

<u>Farmaci per l'ipercolesterolemia</u>

- Percentuale di pazienti avviati al trattamento con ezetimibe in associazione (esclusi i pazienti con insufficienza renale cronica) che non provengono da un'adeguata terapia di statine;
- Percentuale di pazienti avviati al trattamento con ezetimibe in monoterapia non intolleranti alle statine.

<u>Farmaci per la BPCO</u>

- Percentuale di pazienti in trattamento con associazioni fisse ICS LABA che non provengono da una adeguata terapia con LABA;
- Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci per la BPCO senza una conferma spirometrica.

<u>Farmaci per l'Osteoporosi</u>

- Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci per l'osteoporosi senza pregressa frattura vertebrale o di femore, senza pregressa terapia con corticosteroidi e senza accesso ambulatoriale per accertamenti previsti per l'osteoporosi.

Farmaci per la carenza di Vitamina D

- Percentuale di pazienti in trattamento con Vitamina-D nativa (colecalciferolo e calcifediolo) senza ipovitaminosi accertata o fortemente sospetta (esclusi i pazienti in trattamento con farmaci per l'osteoporosi).

Parallelamente, occorrerà procedere all'implementazione del controllo degli indicatori di monitoraggio già stabiliti in precedenza quali:

Farmaci PPI

- Percentuale di pazienti in trattamento con PPI senza i criteri di rimborsabilità previsti dalla Nota 1;
- Percentuale di pazienti in trattamento con PPI in nota 48 con una durata della terapia superiore a 6 settimane.

Eparine

- Percentuale di pazienti in trattamento con EBPM con una durata della terapia superiore a 45 giorni.

Pertanto, nella fase di attuazione del Nuovo Programma Operativo, occorrerà implementare le attività di monitoraggio già poste in essere mediante l'implementazione di nuovi indicatori rispetto a quelli già approvati, per un miglioramento della pratica clinica e conseguente attuazione del sistema di governance della spesa farmaceutica.

8.4 Revisione Accordo Regione-Federfarma Molise per la distribuzione diretta dei farmaci del Prontuario Ospedale-Territorio (PHT)

8.4.1 Revisione Accordo Regione-Federfarma Molise per la distribuzione diretta dei farmaci del Prontuario Ospedale-Territorio (PHT)

Il circuito di distribuzione dei farmaci del Prontuario Ospedale – Territorio (PHT) ha un meccanismo consolidato ed utilizzato in molteplici contesti italiani, ai sensi della Legge n.405/2001, art. 8.
Nella Regione Molise il circuito è già stato migliorato e consiste nella predisposizione di un tetto massimo del valore dei farmaci del PHT, in termini di percentuale massima di distribuzione sul canale convenzionale, e nell'aggiornamento delle regole operative per la distribuzione intermedia in ordine ai tempi di caricamento dei dati per ricevimento merci/trasferimento e sulle modalità di gestione dei livelli di scorta/riapprovvigionamento.

Risultato programmato

Realizzazione dell'implementazione del sistema di distribuzione diretta, mediante le farmacie del territorio (Distribuzione in nome e per conto del SSN – DPC), anche ai sensi del D.Lgs n.153/2009 *(cd. Farmacia dei Servizi*) e la revisione delle quote di spettanza delle farmacie, al fine di assicurare possibili ed ulteriori economie nella gestione complessiva del sistema nonché di garantire in termini di logistica e di servizi un corretto funzionamento del sistema stesso che metta sullo stesso piano tutti i cittadini della Regione Molise, sia delle aree urbane che delle aree periferiche.

8.5 Razionalizzazione della spesa mediante processi di centralizzazione degli acquisti diretti

8.5.1 Razionalizzazione della spesa mediante processi di centralizzazione degli acquisti diretti

La Regione Molise al fine di razionalizzare la spesa per "acquisti diretti" dall'anno 2019 ha dato avvio, per il tramite delle competenti strutture ASReM, ad un processo di adesione a confronti concorrenziali derivanti dall'espletamento di precedenti sistemi dinamici posti in essere dalla Regione Piemonte e dalla Regione Sardegna. Al momento è in corso l'adesione alla procedura di gara espletata dalla Regione Abruzzo per la fornitura di vaccini antiinfluenzali e del principio attivo "Adalimumab".

L'ASReM ha inoltrato in data 06.06.2018 alla Centrale unica di committenza regionale (CUC) gli atti, completi dei fabbisogni dei farmaci, per l'espletamento di una nuova procedura di gara.
La presente azione prevede l'adesione da parte CUC a procedure di gara da espletarsi da parte di altre Regioni per l'intero fabbisogno farmaci.

Risultato programmato
Trasmissione da parte dell'ASReM, entro l'anno 2020 ed in tempo compatibile per l'adesione a procedura di gara, da espletarsi a cura delle Regioni Abruzzo e/o Piemonte, del file aggiornato dei fabbisogni alla CUC.

8.6 Razionalizzazione della spesa mediante centralizzazione dell'acquisto di farmaci oncologici ad alto costo

8.6.1 Razionalizzazione della spesa mediante processi di centralizzazione dell'acquisto di farmaci oncologici ad alto costo

La Regione Molise, al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza mediante le strutture del Sistema Sanitario Regionale (pubbliche e private accreditate) e con l'obiettivo di assicurare la centralità dell'assistito nel sistema assistenziale, razionalizzare la spesa e la tracciabilità degli acquisti in ambito farmaceutico, ha ravvisato la necessità di mettere in atto un processo che garantisca l'accesso alle cure nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, mediante il recepimento del nuovo elenco dei "farmaci innovativi" (relativo alla compensazione interregionale ex Allegato B dell'Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria per gli anni 2014-2015-2016", approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome in data 2 febbraio 2017) che introduce nuove possibilità di cura, trattandosi di farmaci di nuova generazione, contraddistinti da innovatività importante, nonché mediante la centralizzazione degli acquisti di tale specifica categoria di farmaci.

È necessaria la realizzazione di un efficientamento del sistema sui farmaci innovativi che accedono al Fondo dei Farmaci Innovativi Oncologici (Legge 232/2016 – Art.1 Comma 402) nonché sui farmaci regolati dalle procedure (Procedure Applicazione *Managed Entry Agreements*), che prevedono i rimborsi condizionati derivanti da accordi negoziali stipulati da AIFA con le aziende farmaceutiche consistenti in "sconti" applicati alle terapie di tutti i pazienti eleggibili al trattamento o in più complessi meccanismi legati all'efficacia.

8.7 Governo della spesa dei Dispositivi Medici e dell'appropriatezza d'uso

8.7.1 Governo della spesa dei Dispositivi Medici e dell'appropriatezza d'uso

La realtà dei dispositivi medici comprende numerosissime tipologie di prodotti con le più svariate applicazioni cliniche e diversificati livelli di criticità; detti dispositivi sono prodotti e tecnologie utilizzati nelle strutture sanitarie per la diagnosi e l'assistenza (per esempio siringhe, cateteri, protesi impiantabili, ferri chirurgici, strumentazioni per radiologia, ecografia).

La presente azione prevede l'istituzione della Commissione regionale sui dispositivi medici con il compito di sviluppare la vigilanza sui dispositivi utilizzati nelle strutture sanitarie e condurre approfondimenti a carattere tecnico che consentano di valutare il rapporto efficacia/costi di specifici prodotti e tecnologie.

La Commissione Tecnica Regionale dei Dispositivi Medici avrà il compito di:

- redigere linee di indirizzo riferite a dispositivi medici (DM), dispositivi medici impiantabili attivi (AIDM) e dispositivi diagnostici in vitro (IVD) ed a procedure che ne prevedono l'uso, ivi incluse quelle propedeutiche e/o correlate a procedure di gara regionali inerenti la materia;
- monitorare la corretta applicazione delle linee d'indirizzo di cui al punto precedente;
- esprimere pareri o raccomandazioni sui DM e IVD di rilevante impatto clinico, organizzativo ed economico a livello regionale, utilizzando la metodologia HTA;
- monitorare i consumi e la spesa dei DM e IVD ed, in funzione delle priorità regionali, effettuare valutazioni per l'uso appropriato e razionale delle risorse;
- proporre iniziative per migliorare il governo della spesa dei DM e IVD, alla luce del rispetto dei tetti nazionali, sempre più stringenti;
- promuovere azioni migliorative sull'uso sicuro dei DM e IVD, attraverso l'analisi ed il monitoraggio delle segnalazioni inerenti la vigilanza, in raccordo con il Centro Regionale di Farmaco vigilanza e di Dispositivo vigilanza (CRFV).

Risultato programmato

Realizzazione di un impiego omogeneo e coerente dei dispositivi medici a livello regionale, monitoraggio della spesa, sviluppo della vigilanza sui prodotti e miglioramento dell'appropriatezza d'uso.

***Governance* dei dispositivi medici impiantabili e dei dispositivi medici per l'autocontrollo glicemico**

La Regione Molise, al fine di garantire l'appropriatezza dei processi di approvvigionamento e di utilizzo dei dispositivi medici impiantabili attivi e dei dispositivi medici per l'autocontrollo glicemico, promuove specifica iniziativa da realizzarsi a cura dell'ASREM mediante l'emanazione di idoneo regolamento diretta a migliorare la *governance* dei DM per l'autocontrollo glicemico. Inoltre, in merito ai dispositivi medici sono previste azioni mirate a promuovere l'appropriatezza nell'utilizzo, nonché la possibilità di espletare gare con altre regioni ad un prezzo di acquisto minore. Si rimanda al Capitolo 18 per la stima dell'impatto economico.

Risultato programmato

Realizzazione, di un percorso di tracciabilità del dispositivo medico dalla fase di approvvigionamento sino all'utilizzatore finale o all'impianto.

8.8 Potenziamento dell'utilizzo del farmaco "biosimilare" e razionalizzazione della spesa

La Regione Molise, al fine di garantire il potenziamento dell'utilizzo dei farmaci biosimilari, ha messo in atto azioni dirette alla razionalizzazione della prescrizione dei farmaci biotecnologici.

I farmaci biotecnologici rappresentano una delle novità terapeutiche più rilevanti di questi ultimi anni sia per il loro impatto sulla terapia di molte patologie sia perché hanno aperto nuove strade per interventi farmacologici innovativi. Tra i più noti vi sono l'insulina ricombinante e l'ormone della crescita umano. La gran parte dei farmaci biotecnologici di prima generazione ha perso la copertura brevettuale e ciò ha reso possibile l'introduzione sul mercato dei corrispondenti farmaci definiti biosimilari, di norma dal costo più vantaggioso.

La presente azione prevede l'implementazione dei seguenti interventi, il cui risparmio in termini economici verrà descritto nel Capitolo 18:

- Aumento dei pazienti drug naive (si stima una percentuale di utilizzo pari al 90%) trattati con i biosimilari sotto monitoraggio quali: Enoxaparina, Adalimumab, Insulina Lispro);
- Aumento dell'utilizzo dei biosimilari e acquisto dei biosimilari ad un costo minore tramite gare con regioni il cui prezzo di acquisto è minore rispetto a quello di Regione Molise. I farmaci in questione sono: Epoetina (ATC B), Fattori della crescita (ATC L), Somatropina (ATC H), Follitropina alfa (ATC G), Insulina glargine (ATC A), Anti TNFa (ATC L), Rituximab (ATC L).

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Consolidamento della metodologia di valutazione e monitoraggio delle modalità prescrittive di MMG e PLS	
Promozione di misure a garanzia dell'appropriatezza prescrittiva degli "antimicrobici generali per uso sistemico"	
Adozione di indicatori di appropriatezza clinica per aree terapeutiche di sovra utilizzo	
Revisione Accordo Regione-Federfarma Molise per la distribuzione diretta dei farmaci del Prontuario Ospedale-Territorio (PHT)	
Razionalizzazione della spesa mediante processi di centralizzazione degli acquisti diretti	
Governo della spesa dei Dispositivi Medici e dell'appropriatezza	
Garantire l' appropriatezza dei processi di approvvigionamento e di utilizzo dei dispositivi medici impiantabili attivi e per l'autocontrollo glicemico	
Indicatori di risultato	**Tempistica**
Allineamento dei medici iperprescrittori alla media regionale eliminando le prescrizioni inappropriate e rientrando in uno Z-score compreso tra -1 e +1.	**31.12.2021**
Riduzione del volume complessivo annuo di unità posologiche (UP) in rapporto alla popolazione-per tutte le formulazioni di antimicrobici generali per uso sistemico e in riferimento alla forma iniettiva (entro lo standard di riferimento rilevato dal rapporto OSMED 2017 "Uso degli antibiotici in Italia" pubblicato a Marzo 2019) (Eventuale adeguamento al Rapporto OsMed 2018)	**31.12.2021** **31.12.2021**
Implementazione delle attività di monitoraggio per i farmaci ad elevato impatto economicoe l'implementazione di nuovi indicatori rispetto a quelli già approvati e conseguente attuazione del sistema di *governance* della spesa farmaceutica	**31.12.2021**
Realizzazione dell'implementazione del sistema di distribuzione diretta, mediante le farmacie del territorio e la revisione delle quote di spettanza delle farmacie, sia delle aree urbane che delle aree periferiche	**(realizzato)**
Trasmissione da parte di ASReM del file aggiornato dei fabbisogni alla CUC	**31.12.2021**
Istituzione della Commissione Regionale Dispositivi Medici (CRDM)	**31.12.2021**
Emanazione del DCA che regola il percorso di tracciabilità del dispositivo medico dalla fase di approvvigionamento sino all'utilizzatore finale o all'impianto	**31.12.2021**
Responsabile del procedimento attuativo	
Direzione Generale per la Salute	
Direzione Generale ASReM	
Servizio Regionale per la Farmaceutica	

9 Rapporti con gli erogatori privati: una collaborazione pubblico - privato

9.1 Intese e contratti con erogatori privati accreditati

9.1.1 Intese e contratti con erogatori privati accreditati

Il fabbisogno di salute stimato e l'analisi della domanda storicamente rilevata per la Regione Molise, hanno conseguentemente anche determinato l'opportunità di una riorganizzazione e riqualificazione del sistema privato dei servizi sanitari, sulla base, altresì, di criteri che possano garantire prestazioni qualitativamente elevate, appropriate ed efficaci.

I rapporti con gli erogatori privati sono stati sempre caratterizzati prevalentemente da posizioni distinte ed indipendenti, in cui la reciprocità, ai fini della più completa organizzazione dell'assistenza, si è esclusivamente formalizzata nei contratti di budget sottoscritti.

Al fine di dare seguito a quanto già programmato con il POS 2015-2018, e in merito alle osservazioni emerse dai Tavoli di Verifica e alla nuova configurazione delle reti assistenziali, la Regione Molise ha inteso rimodulare i propri obiettivi in materia di acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati con il SSR, stabilendo per il periodo di operatività del presente Programma Operativo che:

- Il complessivo rapporto con i privati accreditati consenta anche l'assorbimento di parte della mobilità passiva extra-regionale;
- Persegua e mantenga un riequilibrio della rete clinico ospedaliera che eviti sovrapposizioni ed inefficienti ridondanze nell'offerta che dovrà differenziarsi affinché ci sia un corretto soddisfacimento della domanda interna e un contenimento degli indici di fuga;
- I budget per l'acquisto di prestazioni ospedaliere e territoriali, rispettino le indicazioni e i limiti previsti dalla normativa di riferimento e tutelino le eccellenze delle strutture, in particolare nella loro capacità di attrarre pazienti da altre regioni (quota di mobilità attiva);
- Gli importi definiti nei budget e nei tetti siano al lordo delle compartecipazioni e del ticket sanitario;
- La sottoscrizione degli accordi avvenga entro le scadenze programmate per ciascun esercizio di riferimento;
- Il tetto di remunerazione sia stabilito come invalicabile, sia per le prestazioni rese ai residenti in Molise, sia per i residenti in altre regioni.

Nel quadro generale dei rapporti con erogatori privati accreditati con il SSR, rispetto altresì alle azioni descritte anche comunque nella volontà di dare seguito a quanto già programmato con il POS 2015-2018, la nuova configurazione della rete ospedaliera e la relativa determinazione di posti letto tiene dunque conto delle eccellenze sanitarie offerte dagli erogatori privati presenti sul territorio regionale e della loro valorizzazione e salvaguardia.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Definizione dei tetti di spesa 2019, 2020, 2021per l'acquisto di prestazioni ospedaliere e territoriali	
Indicatori di risultato	**Tempistica**
Emanazione decreti per tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati per assistenza ospedaliera e assistenza specialistica ambulatoriale per il 2019-2020-2021	**31.12.2021**
Responsabile del procedimento attuativo	
Direzione Generale per la Salute	
Direzione Generale ASReM	
Ufficio per l'Ospedalità pubblica e privata	
Ufficio per l'Assistenza Territoriale	

10 Accreditamento

10.1 Accreditamento istituzionale

L'accreditamento è un istituto con il quale si riconosce alle strutture, già autorizzate all'esercizio dell'attività sanitaria, lo status di potenziali erogatori di prestazioni sanitarie nell'ambito e per conto del Servizio Sanitario Nazionale. Esso rappresenta un'indispensabile garanzia sulla qualità della prestazione che la struttura ovvero il professionista accreditato andrà ad erogare all'utente del sistema sanitario. Per il soggetto produttore della prestazione e/o del servizio rappresenta, invece, uno strumento necessario di verifica dello standard qualitativo della propria attività. Nella Regione Molise la disciplina in materia di accreditamento istituzionale è dettata dalla succitata L.R. 18/2008, che detta norme che, in ossequio a quanto previsto in materia dal D.Lgs. 502/1992, detta, tra l'altro, la disciplina regionale in materia di accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private. La legge individua le strutture soggette alla normativa prevista in materia di autorizzazione sanitaria e accreditamento, dettando disposizioni in materia di procedure per l'ottenimento dei relativi provvedimenti, disciplinando le vicende modificative degli stessi e regolamentando le ipotesi di revoca, decadenza, sospensione. La continua evoluzione intervenuta nella materia in esame ha imposto la necessità di interventi dettati anche dalla esigenza di rendere la normativa regionale coerente con quella nazionale. Come noto in materia di accreditamento istituzionale quale processo con il quale la Regione riconosce alle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, la possibilità di erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario Regionale, è intervenuta l'Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, in data 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR) ha approvato il "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento", individuando i requisiti richiesti per le Strutture ed organizzandoli sulla base dei fattori/criteri di qualità richiesti (Sistema di gestione delle strutture sanitarie; Prestazioni e Servizi; Aspetti Strutturali; Competenze del personale; Comunicazione; Appropriatezza clinica e sicurezza; Processi di miglioramento e innovazione; Umanizzazione). Successivamente è intervenuta l'Intesa della Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atti n. 32/CSR del 19 febbraio 2015) che ha imposto alle Regioni l'istituzione dell'OTA - Organismo Tecnicamente Accreditante- quale organismo tecnico, terzo ed imparziale, cui spetta il compito di effettuare la valutazione tecnica necessaria dei requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi prescritti dalla legge, necessaria ai fini del rilascio del provvedimento di accreditamento istituzionale. In ragione delle citate Intese l'impianto normativo originario in materia di accreditamento istituzionale, come delineato dalla L.R. 18/2008 è stato rivisto.

Ai sensi dell'Intesa Stato – Regioni del 19 febbraio 2015 (Rep Atti n. 32/CSR del 19 febbraio 2019) ed in osservanza delle prescrizioni ministeriali con DCA 27/2020, in sostituzione del precedente DCA n. 8 del 4/02/2020, è stato istituito l'Organismo Tecnicamente Accreditante e definite le funzioni e la composizione. La composizione dell'OTA prevede: n.1 Coordinatore, quale figura (LAICA) esterna alla Direzione Generale per la Salute, da individuare a seguito di regolare avviso pubblico - COOR 2020, a cui assegnare le funzioni di programmazione, organizzazione delle verifiche, nonché l'individuazione degli "auditor" ricompresi nell'elenco dei valutatori e n. 1 Valutatore Nazionale degli Organismi Tecnicamente Accreditanti. L'avviso per il coordinatore OTA è stato pubblicato sull'albo pretorio della Regione Molise dal 02/03/2020 al 17/03/2020, reg. 1281/2020. La procedura si è conclusa in data 25 maggio 2020 con la nomina del coordinatore. Gli esiti della procedura selettiva sono stati pubblicati sul sito istituzionale della Regione Molise in data 16/06/2020, n. reg. 3799/2020. Con Determinazione del Direttore Generale per la Salute n. 62 del01/07/2020 si è preso atto delle risultanze della procedura selettiva. Con propria comunicazione del 23 luglio 2020 acquisita in atti con prot. n. 118131/2020 del 24 luglio 2020 il vincitore della procedura relativa all'avviso pubblico, per l'individuazione del Coordinatore, quale componente dell'O.T.A. (Organismo Tecnicamente Accreditante) ha accettato l'incarico conferitogli. Sempre in ossequio alle diposizioni del DCA 27/2020 sì è proceduto alla nomina del Verificatore Nazionale individuato nell'elenco approvato dal Decreto del Ministero della Salute del 31 luglio 2020 – accettazione incarico nota prot. n. 12157/2021. È stato predisposto, inoltre, dalla Regione un avviso di selezione pubblica finalizzato all'individuazione di valutatori esperti in ambito sanitario per l'iscrizione in uno specifico elenco regionale. L'avviso con il codice "VAL2020", è stato pubblicato sul sito web della Regione Molise in data 30/04/2020 con pubblicazione n. 2678. Infine, con la Determinazione del Direttore Generale per la Salute n. 126 del 1° dicembre 2020 si è proceduto alla nomina delle Commissione Esaminatrice per l'ammissione dei candidati e la valutazione dei requisiti previsti dall'avviso per "l'elenco regionale dei valutatori". Sono stati riaperti i termini

dell'avviso di selezione pubblica finalizzato all'individuazione di valutatori esperti da inserire nell'elenco regionale, la procedura sarà conclusa entro l'anno 2021 ai fini del loro utilizzo per le verifiche regionali.

Tanto premesso in ordine all'accreditamento istituzionale, si evidenzia che l'enorme lasso di tempo intercorso dalla entrata in vigore della Legge Regionale n. 18/2008 e dal rilascio alle Strutture sanitarie e socio-sanitarie presenti sul territorio, impone una revisione/aggiornamento degli accreditamenti concessi. Ciò in ragione sia della disciplina sopravvenuta, nelle varie branche, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi imposti dalla legge alle strutture sanitarie e socio sanitarie operanti nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale, sia per la necessità di un aggiornamento alla luce del DPCM 12 gennaio 2017 sui nuovi Livelli Essenziali di assistenza che rappresenta, attualmente, la fonte primaria per la definizione, in ambito sanitario, di attività, servizi e prestazioni da garantire ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione del SSN.

11 Gestione e sviluppo delle risorse umane

11.1 Determinazione del fabbisogno di personale legato ai diversi livelli di produzione

11.1.1 Determinazione del fabbisogno di personale legato ai diversi livelli di produzione

Per la determinazione del fabbisogno di personale aziendale si è tenuto conto delle singole tipologie contrattuali e figure professionali necessarie a garantire l'erogazione dei servizi finalizzati a soddisfare la domanda di prestazioni sanitarie in coerenza con l'offerta formulata nel presente documento.

Si è partiti, dunque, dalla valorizzazione della stima considerando le diverse tipologie di regime contrattuale (personale a tempo determinato, personale a tempo indeterminato, personale ex art 15 septies, octies) e per la valorizzazione dei costi/risparmi attesi è stata fatta una proiezione del triennio oggetto del presente documento.

L'incremento dei costi attesi è connesso alle potenziali assunzioni di unità di personale previste nel triennio di riferimento, considerando progressioni economiche e giuridiche. Tale valore è stato considerato in maniera parziale in ragione del fatto che le procedure concorsuali attivate e da attivarsi potrebbero non concludersi positivamente.

Il decremento dei costi attesi è invece connesso all'applicazione delle nuove disposizioni normative in materia di pensionamenti ed ai collocamenti in quiescenza, per raggiungimento di età pensionabile.

Di seguito si riporta tabella riepilogativa elaborata da ASReM con le considerazioni sopra esposte dalla quale si evince un potenziale incremento di costo connesso all'implementazione delle risorse di personale necessarie a garantire l'erogazione dei LEA, nonché il corretto funzionamento di tutta la macchina aziendale, in coerenza con la cornice economico finanziaria prevista dal DL 35/2019.

AREA	NATURA RAPPORTO	TOTALE 2019	ULTERIORE COSTO ASSUNZIONI 2019 T.I.	COSTO ASSUNZIONI 2020	RISPARMIO CESSAZIONI 2019 SU 2020	RISPARMIO CESSAZIONI 2020 SU 2020	TOTALE 2020	ULTERIORE COSTO ASSUNZIONI 2020 T.I.	RISPARMIO CESSAZIONI 2020 SU 2021	RISPARMIO CESSAZIONI 2021 SU 2021	INCREMENTO FONDI X AUMENTO DOTAZIONE	TOTALE 2021
Area Medico Veterinaria	INDETERMINATO	61.248.127,17					61.248.127,17					61.248.127,17
	TEMPO DETERMINATO	963.241,96					963.241,96					963.241,96
	TEMPO DETERMINATO Art. 15 Octies	118.885,01					118.885,01					118.885,01
	TEMPO INDETERMINATO	33.946,22	2.775.299,67	3.795.197,78	1.015.411,31	392.534,31	5.196.498,05	3.795.197,78	389.765,36	392.534,31	1.863.357,51	10.072.753,67
	Totale Area Medico Veterinaria	**62.364.200,35**	**2.775.299,67**	**3.795.197,78**	**1.015.411,31**	**392.534,31**	**67.526.752,18**	**3.795.197,78**	**389.765,36**	**392.534,31**	**1.863.357,51**	**72.403.007,80**
Area sanitaria non medica	TEMPO DETERMINATO	4.510.650,36					4.510.650,36					4.510.650,36
	TEMPO DETERMINATO Art. 15 Octies	274.959,72					274.959,72					274.959,72
	TEMPO INDETERMINATO	127.444,28	230.457,75	794.343,72	366.914,24	73.357,22	711.974,28	794.343,72	125.712,79	73.357,22	152.469,90	1.459.717,89
	Totale Area sanitaria non medica	**4.913.054,36**	**230.457,75**	**794.343,72**	**366.914,24**	**73.357,22**	**5.497.584,36**	**794.343,72**	**125.712,79**	**73.357,22**	**152.469,90**	**6.245.327,97**
Area PTA	TEMPO INDETERMINATO	2.285.985,91		205.940,97	47.163,66	9.432,73	2.435.330,48	205.940,97	40.395,15	9.432,73	23.491,94	2.614.935,52
	Totale Area PTA	**2.285.985,91**	**-**	**205.940,97**	**47.163,66**	**9.432,73**	**2.435.330,48**	**205.940,97**	**40.395,15**	**9.432,73**	**23.491,94**	**2.614.935,52**
Area comparto	COMANDATO IN ENTRATA	237.149,46					237.149,46					237.149,46
	COMANDATO IN USCITA	6.761.183,43					6.761.183,43					6.761.183,43
	INDETERMINATO	14.316.360,62					14.316.360,62					14.316.360,62
	TEMPO DETERMINATO	9.263.838,68					9.263.838,68					9.263.838,68
	TEMPO INDETERMINATO	67.358.262,64	3.792.582,77	1.101.322,60	2.617.244,56	627.803,06	69.007.120,40	1.101.322,60	1.068.798,35	627.803,06	-	68.411.841,60
	Totale Area Comparto	**97.936.794,83**	**3.792.582,77**	**1.101.322,60**	**2.617.244,56**	**627.803,06**	**99.585.652,59**	**1.101.322,60**	**1.068.798,35**	**627.803,06**	**-**	**98.990.373,79**
Totale complessivo		**167.500.035,45**	**6.798.340,19**	**5.896.805,07**	**4.046.733,77**	**1.103.127,32**	**175.045.319,62**	**5.896.805,07**	**1.624.671,64**	**1.103.127,32**	**2.039.319,35**	**180.253.645,08**

Tabella 6 Riepilogo risorse di personale necessario al corretto funzionamento aziendale

11.2 Implementazione di un sistema di valutazione e valorizzazione delle risorse umane

11.2.1 Implementazione di un sistema di valutazione e valorizzazione delle risorse umane

L'organizzazione del Servizio Sanitario Regionale si qualifica come una struttura altamente complessa, caratterizzata dal più alto tasso di specializzazione di capitale umano e di innovazione tecnologica, dove si sviluppa in maniera preponderante l'elemento della conoscenza e in cui la valorizzazione delle risorse umane rappresenta il fattore strategico che ogni policy aziendale deve definire per garantire la qualità e sostenibilità del sistema.

Il Sistema Sanitario regionale, nel suo complesso, è per definizione *knowledge-intensive* (ad alta intensità di capitale intellettuale).

In un quadro di visione ampio, la Regione Molise riconosce il patrimonio professionale aziendale come leva fondamentale per perseguire le finalità assistenziali, anche attraverso logiche di miglioramento continuo dei processi e dei risultati, sia sul fronte clinico assistenziale che su quello dell'efficienza gestionale.

Per questo, dunque, nella nuova programmazione è opportuno procedere ad istituzionalizzare iniziative che siano in grado di potenziare il livello di *engagement* del personale dedicato attraverso un percorso di cambiamento organizzativo.

L'*engagement* è, infatti, l'impegno ed il coinvolgimento razionale ed emotivo delle risorse umane verso la propria organizzazione o azienda, accompagnati dal desiderio di realizzare performance d'eccellenza.
È intenzione quindi della Regione Molise d'intervenire, anche tramite la Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria e delle strutture private accreditate, per potenziare il grado di coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari, attraverso l'applicazione di opportune strategie che consentano di potenziare e sfruttare al meglio tutte le risorse a disposizione, aumentando il *value* delle *performance* e l'appropriatezza delle cure.

Le risorse professionali, in contesti come la sanità, rappresentano il principale "fattore produttivo", che accresce il proprio valore in maniera direttamente proporzionale al proprio grado di coinvolgimento. Questo processo si genera, e si alimenta, attraverso *feedback* dell'ambiente lavorativo e attenzione alla dimensione relazionale, elementi che presuppongono, per loro natura, una comunicazione bilaterale.
Le leve d'*engagement* e gli aspetti motivazionali sono:

- L'informazione, in quanto facilita l'allineamento e l'aggiornamento sul processo di cambiamento e il conseguente coinvolgimento nella strategia aziendale;
- La comunicazione;
- La leadership diffusa, che agisce con funzione di *coaching* e responsabilizzazione del management nella guida e crescita del personale, testimonianza attiva del cambiamento;
- Lo sviluppo professionale, utile a rafforzare la competenza delle professioni attraverso strumenti adeguati come la *job rotation*, la mobilità intra e interfunzionale per pianificare processi di mobilità di ruoli di coordinamento intermedi, al fine di offrire opportunità di sviluppo e crescita professionale;
- La responsabilizzazione e l'inclusione;
- L'innovazione gestionale, perché il senso di autonomia e la percezione di competenza possono essere stimolati dalla ricerca condivisa di buone pratiche di processo e di strumentazioni da adottare come gruppo;
- Riconoscibilità e premialità;
- Ambiente di lavoro: ambienti interni e strutture esterne che considerano l'estetica e la funzionalità quali strumenti di attenzione al benessere organizzativo.

Contesto di riferimento e strategie di valorizzazione del personale

Negli ultimi anni le Aziende del SSN sono state chiamate a trovare soluzioni organizzative per rispondere ai continui cambiamenti in corso nel contesto economico, politico e demografico, e per rispettare le indicazioni della normativa nazionale e regionale nell'ambito della gestione delle risorse umane. Tra gli esempi più rilevanti di tali cambiamenti e vincoli di contesto, troviamo il blocco del *turnover*, la riduzione nel numero degli incarichi di struttura e, da ultimo, l'adeguamento del settore sanitario alla normativa comunitaria in merito all'orario di lavoro del personale sanitario (art. 14 legge 161/2014). Tali previsioni sono state inserite in un contesto di blocco dei rinnovi contrattuali e, ancora più importante, di marcato invecchiamento degli organici aziendali: condizioni che se da una parte hanno permesso riorganizzazioni e innovazioni interne alle Aziende sanitarie in termini di efficientamento, dall'altra, con il perdurare delle norme, hanno comportato invecchiamento e demotivazione della popolazione lavorativa del SSN, elementi fortemente correlati con la qualità delle prestazioni offerte alla popolazione.

Invero, il costante invecchiamento della popolazione lavorativa del personale medico ha portato l'Italia, con evidenti ripercussioni anche nella regione Molise, ad avere il più alto tasso percentuale di medici over 55, con oltre metà dei professionisti in servizio, e il più alto tasso percentuale di crescita dell'età lavorativa tra il 2005 e il 2015.

Nel ricercare soluzioni che affrontino la questione della carenza di medici non appare quindi corretto associare automaticamente uscite ed ingressi come presupposto per la definizione del fabbisogno futuro di medici; bisogna piuttosto attuare politiche di *governance* di breve, medio e lungo periodo definendo le priorità e facendo una preventiva analisi di fattibilità.

Per far fronte a tali problematiche di carenza di personale, la valorizzazione del personale attivo in dotazione costituisce una soluzione strategica da perseguire, attraverso l'individuazione di sistemi di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale che permettano di misurare e distinguere le prestazioni inadeguate da quelle eccellenti, al fine di garantire agli utenti elevati standard di servizio e di migliorare la qualità complessiva dell'assistenza sanitaria.

Inoltre, i sistemi di valutazione costituiscono uno strumento prezioso in aiuto ai professionisti per guidare il proprio sviluppo tramite l'individuazione delle opportunità di miglioramento e potenziamento delle proprie competenze.

Occorre dunque procedere all'implementazione del sistema di valutazione della performance secondo quanto previsto dal Piano della Performance 2019-2021 (successivamente PdP) dell'Azienda Sanitaria regionale del Molise (Determinazione del Direttore Generale ASReM n.111 del 30-01-2019).

In una logica di graduazione e miglioramento continuo dell'unica Azienda Sanitaria regionale, nel prossimo triennio, la Regione monitorerà l'attuazione delle azioni strategiche in linea con i principi generali e le finalità di cui al Decreto Legislativo n.150 del 27.10.2009 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", per quanto attiene l'area della performance strategica, della performance organizzativa e della performance individuale.

La valorizzazione della performance avrà la finalità di favorire l'ulteriore sviluppo del ciclo della performance, tra tutti gli attori, per una maggiore sensibilità culturale in materia di responsabilità gestionale, incidendo sulla qualità del processo e sul maggior coinvolgimento dei Centri di responsabilità (performance organizzativa) ed individuali (performance individuale), sia nella fase di definizione degli obiettivi, che di concreta realizzazione degli stessi, e del loro effettivo grado d'*accountability*.

Il sistema di valorizzazione delle risorse umane risulta già essere stato adottato ed attivato dall' ASReM, per quanto concerne la retribuzione di risultato e il sistema dell'incentivazione.

La retribuzione di risultato conserva il suo forte valore di leva gestionale per incentivare il personale a raggiungere gli obiettivi assegnati alla struttura di afferenza. Suddetta metodologia, in prima battuta collega il calcolo del premio spettante ad ogni equipe (facendo riferimento alla rispettiva area contrattuale) alla

performance organizzativa conseguita dal relativo Centro di Responsabilità (CdR) (U.O.) secondo una logica che considera l'attività di ogni singolo (CdR) (U.O.) come il risultato dell'apporto congiunto di tutte le professionalità presenti; successivamente tale premio viene suddiviso all'interno dell'equipe in considerazione delle performance individuali che hanno contribuito al conseguimento dei suddetti risultati di struttura.
Egualmente risultano adottati ed attivati i relativi regolamenti di disciplina distinti per aree contrattuali.
Secondo la logica dell'albero della performance, nell'ottica del miglioramento continuo, occorre implementare il processo di *deployment top down* degli obiettivi assegnati al Direttore Generale direttamente su:

- Direzione Strategica (Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo);
- Direzioni Dipartimentali;
- Direzioni SC;
- Direzioni SSvD;
- Direzione SS;
- Titolari di programmi.

Per implementare ulteriormente il sistema d'orientamento dei comportamenti e di responsabilizzazione, sia organizzativi che individuali dell'ASReM.

Deve, inoltre, procedersi ad ulteriore implementazione e messa a regime del sistema di valutazione permanente degli incarichi delle diverse aree dirigenziali nonché delle posizioni organizzative del comparto, a seguito anche della mutata organizzazione dovuta all'adozione del nuovo Atto Aziendale, ovvero della fase di valutazione prevista a termine di ciascun incarico, procedura quest'ultima già attiva presso l'ASReM, con la valutazione annuale di prima istanza per tutte le figure dirigenziali titolari di incarico (anche di natura professionale), oltre alle posizioni organizzative/incarichi di funzione dell'area del comparto.

In particolare, il personale del comparto, dal 2009 al 2014 ha avuto, a livello nazionale, una perdita di almeno 20 mila unità, a fronte di un costante aumento dei carichi di lavoro, dovuti alla perdurante crisi economica e all'aumento delle condizioni di fragilità e di non autosufficienza della popolazione.

La contrazione degli organici, solo in parte compensata da assunzioni a tempo determinato, di conseguenza, ha comportato condizioni di disagio generalizzate, con un considerevole aumento dello stress e dei carichi di lavoro, dovuto altresì al blocco del *turn over*.

Tra le soluzioni proposte, indirizzate all'analisi e sviluppo delle competenze esistenti nel sistema vi sono dunque quelle rivolte a valorizzare oltre alle figure professionali della dirigenza (es. biologi, chimici, psicologi) anche quelle appartenenti all'area del comparto (infermieri e professioni sanitarie in genere), attraverso lo svolgimento di attività che già fanno parte del relativo bagaglio formativo e culturale (es. ecografie, doppler, anestesia) e/o mediante l'attuazione di strumenti contrattuali che consentono l'effettiva attivazione di un percorso di carriera attraverso incarichi di funzione di tipo trasversale.
Occorre inoltre implementare i meccanismi di incentivazione del personale del comparto, attraverso la destinazione, alle risorse umane direttamente e proficuamente coinvolte nei processi di ristrutturazione, miglioramento organizzativo e razionalizzazione del sistema con l'utilizzo di parte delle economie aggiuntive conseguite con risparmi sui costi per le risorse umane.
Altri possibili interventi potrebbero poi riguardare il rafforzamento delle funzioni di Staff, e Coordinamento che garantiscono l'integrazione e l'interazione di tutte le professionalità esistenti del SSN.

Strumenti di valorizzazione della *performance*

Il Programma operativo 2019 – 2021, rappresenta il processo di trasformazione attraverso cui il Sistema sanitario regionale dovrà assume tratti di sostenibilità economico-finanziaria abbinati alle adeguate risposte di salute per i bisogni della popolazione molisana. Anche alla luce di questo, la "formazione" rappresenta un elemento strategico per un buon successo degli obiettivi fissati.

La strategia del rafforzamento del *middle management*, sarà utile ad un processo strutturato di *change management*, o gestione del cambiamento. Attraverso un approccio strutturato dedicato al cambiamento positivo per gli individui, i gruppi e l'organizzazione, nel prossimo triennio di programmazione, anche attraverso

l'ASReM, le strategie di *change management* forniscono strumenti e processi per riconoscere e comprendere il cambiamento e gestire l'impatto umano di una transizione.

Invero, nella gestione di organizzazioni complesse, un valido supporto è dato da tecniche contemporanee che rappresentano un vero e proprio aiuto per chi è chiamato a compiere decisioni e assumere responsabilità nel settore sanitario. È indubbio che la conoscenza sia una delle chiavi per migliorare le performance delle organizzazioni sanitarie.

Il *knowledgemanagement* è una metodologia applicata alle attività rivolte all'apprendimento di nuovi modelli e strumenti sanitari, quelli più performanti e più appropriati, essendo per definizione un approccio trasversale utile a ogni altro strumento di gestione organizzativa.

Per implementare il management sanitario regionale (top e middle) occorre rivalutare il concetto di organizzazione (dimensione sociale, gerarchia, controllo), soprattutto in un contesto, quello molisano, che è permeato da criticità strutturali che coinvolgono direttamente il personale.

Il *knowledge management*, quindi, garantisce la specializzazione e la gestione delle competenze professionali. La gestione della conoscenza deve assicurare, da un lato, capacità di risposta alla domanda di salute dei pazienti attuali e futuri dell'intero Sistema e, dall'altro, il mantenimento nel tempo e la crescita dell'attrattività, della competitività e della sostenibilità.

Per guidare il cambiamento auspicato è necessario che il management sanitario regionale approfondisca con precisione l'organizzazione, le persone che la compongono, gestendole consapevolmente e, nel caso, modificando i contesti operativi.

Occorre, dunque, governare la conoscenza esistente e favorire le condizioni per la creazione continua, stimolando l'acquisizione di nuove competenze, tali da consentire un maggior grado di responsabilizzazione di ogni operatore che concorre alla performance del SSR.

Nel prossimo triennio, dunque, è necessario che il Sistema si orienti verso l'*evidence- knowledge*, che abbia come obiettivo quello d'introdurre un cambiamento nella pratica routinaria degli operatori, a partire dal vertice. Ruolo fondamentale dunque sarà attribuito all'unica Azienda Sanitaria regionale per il Molise.

La Direzione Generale dell'ASReM, attraverso la strutturazione di un percorso di *changemanagement* e di sviluppo dell'organizzazione, affiancata dalla Regione Molise, dovrà garantire un trasferimento di conoscenze in merito a modelli, strumenti, casi ed esempi di soluzioni per il miglioramento professionale, sostenendo e governando il cambiamento attraverso lo sviluppo di percorsi d'apprendimento.

PERSONALE Caratteristiche qualitative e quantitative	Valore
N. personale dirigente	690
N. personale non dirigente	2442
% di personale assunto a tempo indeterminato	88,6
Età media del personale	54,5
Età media dei dirigenti	57,3
Età media del personale non dirigente	54

Tabella 7 Estratto dal piano della Performance ASReM 2019 – 2021

In considerazione anche dell'alta età media del personale dell'ASReM, oltre che della difficoltà nel reperimento di risorse professionali dotate di abilità aggiornate e *skills* trasversali, emerge forte l'esigenza di acquisire competenze innovative orizzontali in:

- ICT e *e-skills*: necessarie per tutte le figure professionali del settore, oltre che per le professionalità più elevate specifiche dell'IT;
- Giuridiche specifiche, legate all'utilizzo di strumenti e dispositivi nuovi (il tema del consenso informato e della *privacy* con utilizzo di strumenti *touch*) e in materia di *privacy* e protezione dei dati per la gestione e l'uso dei big data;
- Organizzative, in funzione della *mobile-health*, che produce impatti su tutte le professioni sanitarie e nel quadro della riconversione delle Strutture e della territorializzazione spinta dei servizi;
- Relazionali e comunicative: lavoro per gruppi multidisciplinari e centralità del paziente e della sua famiglia, sempre più informato (*empowerment* del cittadino);
- Economiche: funzionali a valutare, tra l'altro, l'economicità e la sostenibilità dei nuovi dispositivi rispetto agli strumenti tradizionali.

La Direzione Generale dell'ASReM dovrà procedere alla realizzazione di una profonda analisi d'*assessment* e di misurazione delle risorse disponibili e del potenziale organizzativo. Coordinata dalla Regione Molise, la Direzione aziendale, anche attraverso le sue strutture deputate, dovrà formalizzare, annualmente, una precisa diagnosi dello stato interno dell'organizzazione, utile soprattutto come strumento di governo del prossimo triennio, alimentando la cultura della misurazione della performance come leva per il miglioramento continuo.
Le *performance* della *governance* si misurano anche attraverso la capacità di saper generare un impegno collettivo, creando un'energia organizzativa in grado di reggere positivamente le sfide poste dal Programma Operativo, oltre che i controlli, le misurazioni dei risultati e la loro valutazione.

È importante, quindi, implementare l'*empowerment* quale leva gestionale mediante strategie che devono essere inserite nel Sistema di governo, capace di tener conto di altre condizioni culturali come l'identità, la lealtà, la fiducia dei membri dell'organizzazione, poiché il grado di *empowerment* in un'organizzazione misura quanto il personale si senta valorizzato.

Il Sistema sanitario regionale deve gestire la propria identità ed i propri confini in maniera dinamica e strategica, imparando a coordinare il posizionamento degli attori sociali all'interno dei network di appartenenza. Ne deriva perciò l'importanza strategica delle relazioni, dei rapporti e delle competenze. Queste, se ben strutturate come "pratica", possono garantire opportunità di mercato e legittimazione sociale all'organizzazione, che dovrà agire quindi come una rete di reti.

Anche attraverso il Programma Operativo 2019-2021, occorre sviluppare nuovi modelli e strumenti, al fine di produrre un costante miglioramento tecnico e organizzativo, mediante un approccio necessariamente multi-disciplinare, con approfondimenti sia quantitativi che qualitativi, con una visione trasversale dell'organizzazione governata.

Nel prossimo biennio, sulla base del fabbisogno di personale della regione, si stima di completare le gare concorsuali idonee all'assunzione del personale necessario. Si rimanda al Capitolo 18 per la stima dell'impatto economico.

La Direzione Generale per la Salute della Regione Molise si configura quale braccio tecnico della Struttura Commissariale, tuttavia la situazione inerente il quadro delle "risorse di personale" è divenuta, soprattutto di recente anche in esito ai collocamenti in quiescenza, quanto mai precaria per quanto attiene alla sua consistenza numerica, notevolmente sottodimensionate rispetto alla mole di adempimenti in carico all'Area delle Politiche per la Tutela della Salute.
In particolare, la necessità di implementare le risorse umane è connessa a tutte le attività procedimentali di competenza dell'Area delle Politiche per la Salute, sia per quanto attiene all'attività ordinaria, sia con riferimento agli adempimenti legati all'attuazione degli interventi di cui all'emanando Programma Operativo 2019-2021, che richiedono professionalità idonee a garantire il buon andamento di tutte le attività proprie della stessa.

Invero, le competenze inerenti l'area delle politiche per la tutela della salute, coprono vari ambiti e settori di competenze che vanno all'area delle risorse umane e formazione del SSR ed ECM, all'autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie, alla definizione dei limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie, alle attività inerenti la programmazione economico-finanziaria del SSR, alle politiche del farmaco, al sistema delle reti ospedaliere, territoriali, residenziali, all'area della prevenzione e sicurezza alimentare.

Le esigenze di personale della Direzione Generale per la Salute

La problematica connessa alla carenza delle risorse umane risulta rilevante sia con riferimento al personale di qualifica dirigenziale, sia al personale afferente al comparto.
Da tale quadro ricognitivo, meglio descritto nel prospetto che segue, inerente la "dotazione organica" della Direzione Generale per la Salute, nella quale sono indicate anche le figure appartenenti all'area funzionale e direttiva pari a quindici unità, rispetto ai trentadue uffici presenti nei Servizi, di cui molti ricoperti dai pochi funzionari disponibili, è già titolari di un'unità operativa, ad interim, ed a titolo gratuito, si evince la grave carenza di personale in carico alla Area delle Politiche per la Salute, rispetto alla numerosità degli adempimenti alla stessa ascritti.

Elenco dei Servizi		
Struttura Dirigenziale	**Tipologia di responsabilità (titolarità/interim)**	**% disponibilità risorsa**
SUPPORTO AL DIRETTORE GENERALE, RISORSE UMANE DEL SSR, FORMAZIONE, ECM	titolarità	100%
AUTORIZZAZIONE ED ACCREDITAMENTO	titolarità	100% (DGR 276 del 07.08.2020)
LIVELLI MASSIMI DI FINANZIAMENTO	vacante	
CONTROLLO DI GESTIONE E FLUSSI INFORMATIVI	titolarità	100%
PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA DEL SSR	reggenza	50%
POLITICA DEL FARMACO.PROTESICA. INTEGRATIVA. CURE ALL'ESTERO. INDENNIZZI. REGISTRO BLSD	titolarità	100 % (nell'ambito delle strutture regionali)[1]
PROGRAMMAZIONE RETE DEI SOGGETTI DEBOLI, DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E DELLA RIABILITAZIONE	reggenza	50%
PROGRAMMAZIONE RETE OSPEDALIERA PUBBLICA E PRIVATA E DEI SERVIZI TERRITORIALI	vacante	
PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	titolarità	100%

[1] Si precisa che il Direttore del Servizio titolare svolge, altresì, l'incarico di Commissario Straordinario ARPA Molise, giusta DGR n. 178 del 23.05.2017 e conforme Decreto del Presidente della Regione n. 47 del 24.05.2017.

Tabella 8 Elenco dei Servizi (Strutture Dirigenziali)

Elenco degli Uffici		
Unità operative organiche	**Tipo responsabilità (titolarità/interim)**	**% disponibilità risorsa**
Segreteria-AA.GG.- Adempimenti LEA - Piani e Programmi - Progetti ricerca scientifica sanitaria -Coordinamento del contenzioso	titolarità	50%
Supporto amministrativo all'Osservatorio per la Qualità dei Servizi Sanitari	vacante	
Formazione personale S.S.R.	vacante	
Programma Regionale di Formazione Continua in Sanità - E.C.M.	vacante	
Risorse Umane del SSR - Assetto Organizzativo Azienda Sanitaria	interim	50%
Autorizzazioni - Accreditamento istituzionale - Adempimenti L.R.18/08 e s.m.i.	interim	33%
Controllo medicina specialistica ambulatoriale e somministrazione farmaci, SDO/DRG strutture sanitarie	interim	50%
Livelli massimi di finanziamento prestazioni sanitarie - Accordi contrattuali-Gestione nomenclatori tariffari	vacante	
Mobilità Sanitaria	titolarità	50%
Sistemi informativi sanitari, controllo di gestione, Piani e programmi, sistema tessera sanitaria, fascicolo sanitario elettronico	interim	25%
Progetti e patrimonio	titolarità	100%
Supporto alla gestione sanitaria accentrata ed alle risorse vincolate, obiettivi di piano	titolarità	33%
Controllo bilancio azienda sanitaria regionale, gestione rapporti economico-finanziari soggetti accreditati	titolarità	100%
Indennizzi e assistenza a particolari tipologie di utenza	interim	33%
Farmacovigilanza e dispositivi medici	interim	50%
Programmazione e organizzazione degli esercizi farmaceutici	interim	50%
Assistenza farmaceutica-politiche del farmaco e monitoraggio della spesa	titolarità	33%
Assistenza sanitaria all'estero-Assistenza protesica-Assistenza integrativa	vacante	
Rete integrata dei Servizi - Assistenza Socio-Sanitaria agli stranieri - Riabilitazione socio-sanitaria	vacante	
Tutela della salute materno-infantile, salute dell'anziano -Interventi per la disabilità	vacante	
Tutela della Salute Mentale e neuropsichiatria infantile- dipendenze patologiche, medicina penitenziaria, attività socio-assistenziali dell'età evolutiva	titolarità	50%
Gestione del contenzioso rete ospedaliera pubblica e privata	interim	50%
Sistema delle reti tempo dipendenti - Medicina Trasfusionale -Trapianti di organi e tessuti	vacante	
Programmazione rete ospedaliera pubblica e privata -Assistenza specialistica-Assistenza territoriale-Osservatorio Epidemiologico	interim	33%
Igiene Pubblica	interim	50%
Sanità Animale	titolarità	100%
Profilassi sanitaria	vacante	
Controllo acque, Prodotti fitosanitari e OGM	titolarità	100%
Sicurezza alimentare	titolarità	100%
Igiene zootecnica, benessere animale, farmaco veterinario	titolarità	100%
Piano regionale per la prevenzione	titolarità	50%
Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro	vacante	

Tabella 9 Elenco degli uffici ***con l'indicazione del tipo di responsabilità (titolarità/interim) e grado di disponibilità della risorsa in % (1/numero di uffici in responsabilità (titolarità+interim)***

Si rende dunque necessario porre in essere interventi atti ad implementare le risorse umane di personale della Direzione Generale per la Salute, anche mediante una valorizzazione delle competenze e professionalità attualmente presenti, prevedendo almeno:

- 6 figure dirigenziali (di cui n. 2 con profilo sanitario) da reclutare, anche attraverso l'applicazione degli istituti di cui all'art.15 septies del Dlgs. 502/92, trattandosi di misure finalizzate a garantire il corretto funzionamento del Sistema Sanitario Regionale;
- 18 funzionari amministrativo-contabili-categorie C e D.

In particolare, si rappresenta che le figure di personale richieste dovranno essere impiegate nei seguenti settori:

Servizio Livelli Massimi di finanziamento (attualmente vacante): si ritiene necessario prevedere per tale servizio, la figura di un dirigente dotato di competenze sanitarie (medico) per lo svolgimento, in particolare, delle attività inerenti:

- la Definizione del sistema tariffario delle prestazioni ospedaliere e territoriali;
- la Definizione dei sistemi di remunerazione per ciascuna tipologia assistenziale (ospedaliera e territoriale) nonché dei criteri per la determinazione del finanziamento delle funzioni assistenziali ospedaliere e di didattica e ricerca;
- la Definizione della remunerazione riconoscibile per gli erogatori privati;
- la Valutazione, individuazione di una serie di indicatori per la definizione del limite massimo di risorse assegnate per tipologia assistenziale;
- la Gestione delle problematiche relative all'erogazione in forma diretta delle prestazioni riferibili alla mobilità sanitaria interregionale e internazionale;
- le Attività connesse alla stipula e monitoraggio degli accordi con le altre Regioni per la regolazione della mobilità sanitaria interregionale;
- le Attività di controllo tecnico-sanitario sulle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture regionali.

Servizio Programmazione rete ospedaliera pubblica e privata (attualmente vacante) si ritiene necessario prevedere per tale servizio, la figura di un dirigente dotato di competenze sanitarie (medico) per lo svolgimento, in particolare, delle attività inerenti:

- le Attività dirette alla organizzazione e programmazione delle rete ospedaliera pubblica e privata e attuazione attraverso i correlati flussi informativi;
- la Determinazione dell'entità del limite massimo di risorse assegnabili per le prestazioni erogate in regime ospedaliero e territoriale, nonché di quello relativo alle funzioni assistenziali-ospedaliere e di didattica e ricerca, nell'ambito del fabbisogno stabilito dagli atti della programmazione regionale;
- la Gestione dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Servizio Autorizzazione ed Accreditamento si ritiene necessario implementare le risorse di personale assegnate al Servizio, dotate di competenze giuridico legali e tecnico-sanitarie per lo svolgimento delle seguenti attività:

- Autorizzazione e accreditamento all'esercizio dell'attività sanitaria di strutture pubbliche e private che erogano prestazioni di medicina fisica e riabilitazione di assistenza specialistica in regime ambulatoriale e di diagnostica strumentale e di laboratorio.
- Adempimenti connessi alla formazione specifica e mantenimento competenze dei valutatori.
- Realizzazione e revisione di strumenti per la qualificazione delle strutture sanitarie in merito alla verifica e valutazione del grado di adesione ai requisiti autorizzativi e ulteriori per l'accreditamento istituzionale.

Servizio Supporto al Direttore Generale, Risorse Umane del SSR, Formazione, ECM. (diretto da dirigente prossimo al collocamento in quiescenza): si ritiene necessario prevedere la figura di un dirigente amministrativo dotato di competenze giuridico legali per lo svolgimento delle seguenti attività:

- Coordinamento, monitoraggio del contenzioso e raccordo con l'Avvocatura Distrettuale dello Stato e l'Avvocatura Regionale, per i contenziosi inerenti le materie della Direzione Generale per la Salute.

- Attività connesse all'applicazione dei CCNL relativi al personale dipendente del SSR ed al personale a rapporto convenzionale.
- Adempimenti inerenti le relazioni sindacali, nelle forme e con le modalità previste dai contratti nazionali e dagli accordi collettivi, con le Organizzazioni firmatarie degli stessi.
- Verifica dell'erogazione e mantenimento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), nelle materie di competenza;
- Implementazione nuovo sistema di monitoraggio dei LEA;
- Attività di programmazione dei fabbisogni formativi, organizzazione e gestione dei Corsi triennali di Formazione specifica in Medicina Generale;
- Attività di coordinamento dei percorsi di Formazione manageriale e di iniziative formative istituzionali;
- Realizzazione, gestione ed implementazione del Programma Regionale di Formazione Continua in Medicina (ECM);
- Programmazione e progettazione del Piano di Formazione Regionale del personale SSR.

Servizio Programmazione Economico Finanziaria del SSR (attualmente retto mediante l'istituto della Reggenza) ritiene necessario prevedere la figura di un dirigente amministrativo dotato di competenze economico-finanziarie per lo svolgimento delle seguenti attività:

- Emanazione di direttive finalizzate alla predisposizione dei bilanci economici, budget e del bilancio di esercizio dell'ASReM; controllo e verifica di correttezza e rispetto delle normative contabili.
- Gestione dei rapporti con i Ministeri competenti in ordine alla ripartizione ed assegnazione del fabbisogno finanziario destinato al Servizio Sanitario Regionale.
- Adempimenti connessi all'attribuzione all'ASReM delle risorse finanziarie assegnate, attraverso la definizione della quota capitaria spettante.
- Monitoraggio mensile dell'andamento dei costi rispetto alle risorse assegnate.
- Gestione per gli aspetti economico-finanziari, degli accordi contrattuali tra i soggetti acquirenti ed i soggetti erogatori delle prestazioni e dei servizi sanitari, coordinandosi per gli aspetti di programmazione con i competenti Servizi della Direzione Generale per la Salute.
- Verifica dell'attività di contabilità analitica nell'ASReM al fine da attuare il controllo della gestione nell'aspetto economico, attraverso la misurazione, la rilevazione, la destinazione e l'analisi dei costi e dei ricavi.

Servizio Programmazione Rete dei soggetti deboli, dell'integrazione socio-sanitaria e della riabilitazione (attualmente retto mediante l'istituto della Reggenza): si ritiene necessario prevedere la figura di un dirigente amministrativo dotato di competenze economico-finanziarie per lo svolgimento delle seguenti attività:

- Integrazione socio-sanitaria dell'area della non autosufficienza e della salute mentale.
- Sviluppo della programmazione e delle attività in tema di prevenzione e cura delle dipendenze patologiche.
- Promozione, sviluppo e innovazione nell'ambito del percorso nascita e promozione della qualita' dei consultori familiari e consultori pediatrici.
- Promozione della qualità delle attività relative alla neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e alla salute della donna.
- Programmazione della rete di assistenza integrata domiciliare, soggetti fragili e cure palliative.
- Assistenza in strutture residenziali e semiresidenziali, supporto al rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio e accreditamento delle strutture socio sanitarie per non autosufficienti, disabili, minori e persone con dipendenze.

Servizio Politica del Farmaco Assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera. Politiche di governo della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera. Monitoraggio della spesa farmaceutica si ritiene necessario implementare le risorse di personale assegnate al Servizio, dotate di competenze tecniche proprie della figura di "farmacista", nonché economico-finanziarie per lo svolgimento delle seguenti attività:

- Promozione dell'uso corretto dei farmaci innovativi, farmaci ospedalieri (H OSP), farmaci ProntuarioOspedale/Territorio (PHT).
- Progetti di appropriatezza per la razionalizzazione e il contenimento della spesa territoriale, ospedaliera .
- Redazione e aggiornamento Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (P.T.O.R.).
- Accreditamento dei Centri per la redazione dei Piani Terapeutici.
- Rete regionale dei comitati etici per la sperimentazione clinica.
- Autorizzazione sanitaria all'attività di deposito all'ingrosso per la vendita dei medicinali per uso umano.
- Processi di gestione contabile relativi a manovra pay back .
- Assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera.
- Politiche di governo della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera.
- Monitoraggio della spesa farmaceutica.
- Redazione e aggiornamento Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (P.T.O.R.).
- Accreditamento dei Centri per la redazione dei Piani Terapeutici.
- Rete regionale dei comitati etici per la sperimentazione clinica.
- Concorsi pubblici, ordinari e straordinari, per l'assegnazione delle sedi farmaceutiche per il privato esercizio.
- Monitoraggio relativo all'attuazione delle disposizioni ministeriali inerenti i dispositivi medici.
- Progetti di appropriatezza per la razionalizzazione e il contenimento della spesa dei dispositivi medici.
- Farmaco vigilanza e farmaco utilizzazione.
- Coordinamento del Centro Regionale di Farmacovigilanza (CRFV).
- Assessment nell'ambito dei dispositivi medici e degli ausili protesici.
- Adempimenti connessi alla legge regionale n. 23/2013 -Diffusione ed utilizzo dei defibrillatori semiautomatici nella regione Molise - accreditamento dei Centri di Formazione BLSD - Registro Regionale dei Centri Accreditati, degli Istruttori di Basic Life Support Defibrillation (n.d.r. BLSD) e dei soggetti Autorizzati all'uso del DAE.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Implementazione di un sistema di valutazione e valorizzazione delle risorse umane	
Indicatori di risultato	**Tempistica**
Implementazione del sistema di valutazione della performance secondo quanto previsto dal Piano della Performance 2019-2021 dell'ASReM (Determinazione del DG ASReM n.111 del 30-01-2019)	**31.12.2021**
Implementazione di meccanismi di incentivazione del personale del comparto,	**31.12.2021**
Avvio e conclusione delle procedure concorsuali in base al piano assunzionale	**31.12.2021**
Responsabile del procedimento attuativo	
Direzione Generale ASReM	

12 Sicurezza, rischio clinico e qualità del SSR

12.1 Potenziamento *risk management*

12.1.1 Potenziamento *risk management*

La sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico sono punti critici per tutti i sistemi sanitari.

Con Determina del Direttore Generale per la Salute n. 148 del 27.07.2017 è stato istituito ai sensi del comma 4 dell'art. 2 della L. 08.03.2017, n. 24 *"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie",* il **Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente**, con compiti di:

- Raccolta dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private dei dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso, e trasmissione, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale, all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, di cui all'articolo 3 della legge medesima;
- Coordinamento delle iniziative per la sicurezza del paziente nel sistema sanitario regionale;
- Monitoraggio e implementazione di tutte le azioni correlate agli adempimenti LEA in tema di rischio clinico;
- Analisi degli eventi sentinella e individuazione delle buone pratiche cliniche ai fini della sicurezza del paziente.

I dati della letteratura scientifica internazionale evidenziano che il problema degli errori ed eventi avversi in sanità rappresenta una reale emergenza che comporta dei costi sia in termini di vite umane che economici.

La ***Clinical Governance*** è l'ambito entro il quale le organizzazioni sanitarie sono responsabili del miglioramento costante della qualità dei servizi erogati e della salvaguardia continua degli elevati livelli di cura, al fine di "creare un ambiente nel quale l'eccellenza sanitaria possa prosperare" (Gabriel Scally e Liam J. Donaldson, 1998).

Il governo clinico rappresenta da tempo lo strumento base per l'ammodernamento del SSN attraverso un coinvolgimento diretto dei professionisti sanitari maggiormente partecipi nelle scelte strategiche aziendali, nella promozione della qualità e nella verifica dei risultati e, al contempo, co-responsabili riguardo la prevenzione degli errori e delle condotte incongrue non in linea con i principi di appropriatezza e qualità.

Non secondario, tra gli scopi del governo clinico, è, pertanto, quello di contribuire a ridurre la frequenza degli errori professionali e dei danni ai pz, le possibili rivendicazioni e i costi da questi derivati in termini assicurativi e/o risarcitori.
Il modello di *clinical governance,* quindidelinea la cornice strategica entro cui declinare operativamente alcuni strumenti a servizio dell'appropriatezza tra cui, in particolare, il ***RISK MANAGEMENT*.**

Questo percorso si è avviato formalmente in Regione Molise con l'emanazione del DCA 61 del 15.11.2016 - Programma Operativo Straordinario 2015-2018. Adempimento 14 "Azioni di governo clinico e riduzione del rischio clinico" – Intervento 14.1 "Azioni di governo clinico e riduzione del rischio clinico" – Azione 14.1.1 "Piano Regionale di Risk Management". Provvedimenti.

In riferimento a quanto previsto dal POS 2015-2018, con il Decreto Commissariale n.61 del 15.11.2016 recante: "*Programma Operativo Straordinario 2015 – 2018. Adempimenti 14 "azione di governo clinico e riduzione del rischio clinico" – Intervento 14.1 "Azioni di governo clinico e riduzione del rischio clinico", tutte le azioni programmate sono state realizzate.*

Numero intervento	Descrizione Intervento	Indicatori di risultato dell'Ente	COMPLETATO
14.1	Azioni di governo clinico e riduzione del rischio clinico	Produzione del Piano di Risk Management	
14.1	Azioni di governo clinico e riduzione del rischio clinico	Produzione del Piano relativo alle procedure di incident reporting	
14.1	Azioni di governo clinico e riduzione del rischio clinico	Mappatura delle fonti informative finalizzata alla predisposizione di un set di indicatori per il monitoraggio del rischio clinico	
14.1	Azioni di governo clinico e riduzione del rischio clinico	Mappatura del rischio clinico all'interno delle strutture del Servizio Sanitario Regionale	
14.1	Azioni di governo clinico e riduzione del rischio clinico	Produzioni di un set di indicatori per la valutazione della performance relativa al rischio clinico	
14.1	Azioni di governo clinico e riduzione del rischio clinico	Produzione del report periodico di monitoraggio del Risk Management	
14.1	Azioni di governo clinico e riduzione del rischio clinico	Produzione e adozione del Piano di formazione di Risk Management	
14.1	Azioni di governo clinico e riduzione del rischio clinico	Attivazione dei corsi sul rischio clinico per gli operatori/referenti	
14.1	Azioni di governo clinico e riduzione del rischio clinico	Attivazione dei corsi sul rischio clinico per gli operatori sanitari	
14.1	Azioni di governo clinico e riduzione del rischio clinico	Valutazione dell'impatto formativo all'interno delle strutture del SSR	

Tabella 10 Indicatori di risultato dell'intervento 14.1 da POS 2015 – 2018

Il Piano RM annualmente si è arricchito di innovazioni ed implementazioni ricomprese all'interno della più ampia politica per la qualità del SSR.

Azioni prioritarie

Il Piano dell'attività di *Risk Management* per l'anno 2019-2021 continua nell'obiettivo intrapreso nel corso del triennio 2015-2018.
Inoltre l'entrata in vigore della Legge 08.03.2017, n.24, ha integrato gran parte dell'attività di *Risk management*, in aggiunta agli obblighi di adempimento già previsti dalla normativa precedente.

Trasparenza

La Legge 24/2017 – all'articolo 2 e all'articolo 5 – prevede per tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie la pubblicazione sul proprio sito internet di:

- Una Relazione Annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatesi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto (art. 2);
- L'importo dei risarcimenti erogati (il liquidato annuo) relativamente alle richieste di risarcimento in ambito di *Risk Management*, con riferimento all'ultimo quinquennio.

Entrambe le informazioni si ritiene opportune che siano aggiornate e pubblicate nel sito alla sezione "amministrazione trasparente" entro il 31 marzo.

Le attività di monitoraggio

Si ribadisce l'importanza di migliorare la qualità, coerenza e completezza dei dati e delle informazioni inserite nei diversi sistemi, cercando di ridurre l'utilizzo improprio delle voci "non identificato", "altro", nonché di caricare i dati rispettando le scadenze.

Eventi Sentinella (SIMES): con D.M. 11.12.2009 è stato istituito il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) per la raccolta di ogni Evento Sentinella: "Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione".

Si raccomanda:

- **Lo sviluppo di sistemi di *Incident Reporting*** per le segnalazioni di eventi o quasi eventi (Near miss) e di riportare i soli Eventi Sentinella in SIMES, compilando correttamente e nei tempi previsti la scheda A (5 gg.) e la scheda B (45 gg.);
- ***Trigger* Materni e Fetali** (Flusso CedaP): dal 2016 – a seguito della messa a punto della sessione "Eventi da Segnalare" nell'ambito del CedaP – è richiesto a tutti i Punti Nascita di segnalare gli eventi materni e fetali "Trigger" occorsi in ambito Ostetrico;
- **Buone Pratiche** (sito Agenas): nel secondo semestre di ogni anno Agenas promuove la Call delle Buone pratiche per la raccolta e diffusione delle esperienze aziendali cliniche o di Risk Management. Le esperienze sono successivamente validate dal gruppo di lavoro regionale.

Le 18 Raccomandazioni Ministeriali

È indispensabile l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali. Dai monitoraggi dovrà risultare implementato almeno l'80% delle 18 Raccomandazioni Ministeriali (fra quelle applicabili alla propria realtà), tale percentuale potrebbe essere rivista alla luce dei parametri richiesti a Regione per gli adempimenti LEA.

- Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio –KCl – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio;
- Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico;
- Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura;
- Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale;
- Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0;
- Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto;
- Prevenzione della morte, coma o grave danno derivanti da errori in terapia farmacologica;
- Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari;
- Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali;
- Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfona;
- Prevenzione della morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, ospedaliero);
- Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look-alike/sound-alike" LASA;
- Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie;
- Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antiblastici;
- Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale Operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso;
- Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 g non correlata a malattia congenita;
- Riconciliazione della terapia farmacologica;
- Prevenzione degli errori in terapia conseguenti l'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli.

Le aree di rischio prioritarie

- Travaglio/Parto;
- Infezioni/SEPSI;
- Sicurezza del paziente in sala operatoria;
- Violenza a danno degli operatori.

La formazione

Nel corso del primo periodo di attività (2019/2021) è prevista la redazione del Piano formativo triennale di *Risk Management* allo scopo di promuovere la formazione degli operatori sanitari coinvolti.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmati	
Elaborazione e Implementazione del Piano dell'attività di *Risk Management* per l'anno 2019-2021	
Implementare le aree di monitoraggio e sviluppo di sistemi di *Incident reporting*	
Redazione e formazione degli operatori in merito al Piano di *Risk Management*	
Indicatori di risultato	**Tempistica**
Produzione e pubblicazione di una Relazione Annuale consuntiva	**31.12.2021**
Pubblicazione dell'importo dei risarcimenti erogatirelativamente alle richieste di risarcimento in ambito di Risk Management, con riferimento all'ultimo quinquennio	**31.12.2021**
Compilare correttamente e nei tempi previsti la scheda A (5 gg.) e la scheda B (45 gg.) relativa agli eventi Sentinella secondo il Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella – Luglio 2009	**31.12.2021**
Elaborazione di una procedura idonea a segnalare da parte di tutti i Punti Nascita regionali gli eventi materni e fetali *trigger* occorsi in ambito ostetrico e ginecologico.	**31.12.2021**
Produzione annuale di almeno 5 buone pratiche (procedure, PDTA, protocolli) sulle aree Controllo Cadute, Rischio infettivo e Ulcere da pressione	**31.12.2021**
Implementazione di almeno 80% delle 18 raccomandazioni ministeriali	**31.12.2021**
Redazione del piano formativo triennale di *Risk Management*	**31.12.2021**
Erogazione di almeno il 50% delle attività formative previste dal piano formativo di *Risk Management*	**31.12.2021**
Responsabile del procedimento attuativo	
Direzione Generale per la Salute	
Direzione Generale ASReM	

13 Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi

13.1 Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi

13.1.1 Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi

Negli anni, le iniziative in termini di razionalizzazione della spesa sanitaria hanno riguardato le varie componenti della spesa subordinata al finanziamento del Servizio Sanitario Regionale.

Il decremento delle risorse è andato di pari passo con l'attuazione pedissequa dei tetti di spesa, e diverse modalità di approvvigionamento e gestione dei beni e dei servizi.

In questa cornice, assumono, quindi, particolare importanza anche le misure introdotte per il governo e il recupero dei disavanzi sanitari regionali e il monitoraggio delle politiche di risanamento. Una situazione di particolare difficoltà è stata affrontata dal decreto legge 35/2019 (c.d. Decreto Calabria) i cui interventi proposti si delineano come provvedimenti normativi straordinari che intervengono, oltre alle misure interamente dedicata alla Regione Calabria, sul contenimento per la spesa del personale SSN e sul blocco del turn-over nonché sulle modalità assunzionali del personale medico. Su detti temi erano già intervenute le leggi di bilancio 2018 e 2019, confermando l'importanza della prosecuzione della *spending review* in sanità, iniziata nel 2011, con l'intento di recuperare le c.d. "sacche" di inefficienza sia a livello gestionale sia organizzativo. Regione Molise, con il presente Programma Operativo 2019-2021 intende continuare verso questa direttrice, ponendo particolare enfasi sulla razionalizzazione della spesa per l'acquisto di Beni e Servizi.

Azioni poste in essere negli anni

Regione Molise, nel corso degli anni, ha costruito un'infrastruttura normativa, composta dai DDCCAA 5/2009, 7/2010 e 17/2015, che individuano le sanzioni da applicare nei confronti degli amministratori che non si adeguano alla normativa vigente in tema di Beni e Servizi.

Secondo quanto previsto, quindi, l'Azienda Sanitaria regionale del Molise ha aderito alle convenzioni attive per tutte le categorie merceologiche presenti e previste dall'attuale normativa, sia per Consip che per il Mercato elettronico della Pubblica Amministrazione, in base al fabbisogno e alle esigenze aziendali interne. L'ASReM in continuità con le azioni già intraprese nei precedenti esercizi, in applicazione della normativa vigente, con riferimento allo svolgimento di procedure di affidamento di servizi e forniture, ha ottemperato alle disposizioni di cui ai Decreti succitati, mediante il ricorso alle convenzioni e/o agli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione da CONSIP, relativamente ai beni e servizi presenti sul portale e compatibili con le esigenze aziendali.

Convenzioni Consip

ASReM ha aderito nel corso degli anni a numerose convenzioni Consip quali ad esempio "manutenzione centrali telefoniche ASReM 118, telefonia fissa e mobile, servizio pubblico di connettività, fornitura fotocopiatrici, *fuel card* (carte carburante), *facility management* per gli immobili, service dialisi, veicoli in noleggio, buoni pasto, multifunzione, ecc".

MePA

ASReM ha inoltre, effettuato numerose procedure RDO MePA. In aggiunta a queste, ha proceduto ad effettuare procedure autonome laddove le categorie di prestazioni o categorie merceologiche non fossero state presenti in Consip/MePA, o non sovrapponibili alle esigenze aziendali.

Per quanto attiene invece l'espletamento di gare autonome per beni riferiti alle categorie merceologiche di cui al DPCM del 24.12.2015, ASReM ha espletato gare per farmaci e vaccini, oggetto di privativa industriale, previa specifica autorizzazione della Centrale di Committenza regionale.

Relativamente alla centralizzazione degli acquisti, in attuazione della normativa nazionale e regionale, a seguito della istituzione della Centrale Unica di Committenza Regionale (prevista dalla L.R. n.8/2015), l'ASReM ha provveduto alla trasmissione alla suddetta Centrale della documentazione necessaria (capitolato e bozza di disciplinare, nonché atto di approvazione) per l'espletamento delle gare dei capitolati tecnici per la indizione delle relative gare.

L'Azienda ha inoltre condotto analisi finalizzate a verificare la congruità di alcuni prezzi applicati dalle ditte attualmente fornitrici rispetto ai prezzi di riferimento Anac e di quelli previsti nelle convenzioni Consip (in particolare per farmaci e dispositivi medici), con richiesta ai fornitori di adeguamento ai prezzi rilevati.

Nonostante le attività di miglioramento poste in essere negli anni e sopra richiamate, le valutazioni delle performance di acquisto hanno ancora oggi palesato la presenza di margini di miglioramento.

Infatti, da analisi condotte su "*benchmark*" nazionali, circa la spesa standardizzata per Beni e Servizi di tutte le Regioni italiane, Regione Molise si colloca nella media ma presenta al tempo stesso evidenti percentuali di recupero rispetto a situazioni considerate come "maggiormente efficienti".

Così come previsto per la razionalizzazione della spesa farmaceutica (si veda capitolo 8) Regione Molise al fine di ulteriormente razionalizzare la spesa per l'aggregato Beni e Servizi intende allo stesso modo dare avvio, per il tramite delle competenti strutture ASReM, ad un processo di adesione a confronti concorrenziali derivanti dall'espletamento di sistemi dinamici posti in essere da altre Regioni.

Il ricorso a dette procedure di acquisto, in aggiunta a quanto ad oggi viene svolto, diverrebbe quindi un valore aggiunto in termini di:

- contenimento ulteriore del costo di acquisto;
- riduzione ulteriore delle asimmetrie informative ad oggi ancora presenti;
- continuo miglioramento della specializzazione dei profili professionali, della definizione delle finalità degli acquisti, delle specifiche tecniche;

Regione Molise intende realizzare economie che siano in grado di impattare direttamente sull'aggregato di costo per Beni e Servizi, quali gari per l'acquisto di beni e servizi a minore costo. Si rimanda al Capitolo 18 per la stima del potenziale risparmio.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Razionalizzazione della spesa per l'acquisto di Beni e Servizi	
Indicatori di risultato	**Tempistica**
Adesione a confronti concorrenziali derivanti dall'espletamento di sistemi dinamici posti in essere da altre Regioni	**31.12.2021**
Responsabile del procedimento attuativo	
Direzione Generale per la Salute	
Direzione Generale ASReM	

14 Gestione e potenziamento del patrimonio informativo socio-sanitario a supporto del monitoraggio e *governance* del SSR

14.1 Incremento qualità fonti informative

14.1.1 Incremento qualità dei dati sanitari

Dal lato della «copertura» dei flussi informativi sanitari si registra la completa adempienza per tutti i flussi ma, da quello della «qualità», vi sono ancora diversi affinamenti da fare, sebbene l'ultima certificazione del Comitato LEA per l'anno 2018 valuta comunque di «Qualità BUONA» i dati molisani.

Con riferimento alla qualità dei dati si possono distinguere due livelli di controllo di seguito meglio specificati.

Il primo livello di controllo di qualità dei flussi, infatti, cioè quello relativo alla verifica del rispetto delle regole sintattiche (es. valori numerici o alfabetici coerenti, lunghezza delle stringhe entro i limiti, valorizzazione numerica entro certi intervalli, etc.), viene oggi espletato anche se ancora si registrano delle sacche di inefficienza, in particolare per i campi che prevedono informazioni aggiuntive o che mutano la loro condizione (esempio da facoltativi ad obbligatori, nuovi range di valori etc.). La causa principale di tali errori risiede molto spesso in un ritardo generale di aggiornamento, dovuto a resistenze anche di natura economica, da parte delle aziende software per adeguare gli applicativi alle nuove specifiche funzionali del flusso. Quest'ultimo aspetto si ripercuote, purtroppo, anche nella fase dei controlli di data entry compiuta dagli operatori.
Il primo livello di controllo di qualità al momento avviene:

- In parte per il tramite delle procedure informatiche che guidano il processo di formazione dei dati ed alimentano le rispettive banche dati (in molti casi sono previsti dei filtri bloccanti in presenza di anomalie sintattiche rilevate al momento dell'inserimento);
- Dalla società Molise Dati, che riceve i dati (della maggior parte dei flussi informativi) da varie fonti e predispone i file cumulativi per la Direzione Generale per la Salute;
- Dalla Direzione Generale per la Salute che predispone le operazioni propedeutiche all'invio ai Ministeri e, tra queste, figura il processo di validazione.

Le fasi su descritte necessitano di almeno due importanti aggiustamenti in quanto:

- Sebbene il dato sanitario sia prodotto dall'ASREM (a parte l'eccezione delle due strutture private contrattualizzate dalla Regione), poi, allo stato attuale, in tutto il processo successivo alla formazione del dato, l'ASREM ha ancora un ruolo marginale o, comunque, non risulta che venga espletata una capillare attività di controllo del dato (ciò è confermato dalla successiva attività di cui ai detti punti B e C che riscontrano, comunque, numerosi errori);
- Il processo di validazione (pre-invio) avviene oggi con un taglio più burocratico e meno di sostanza, portando i Servizi regionali competenti per materia a validare dati che, a volte, conoscono in maniera non approfondita.

Il secondo livello di controllo di qualità dei flussi, cioè quello relativo alla verifica del rispetto della coerenza tra i campi di uno stesso record, oppure tra record diversi dello stesso flusso ed ancora tra dati di flussi diversi, viene espletato:

- per il tramite della Molise Dati che gestisce molte banche dati dell'attività sanitaria;
- dalla Direzione Generale per la Salute nelle operazioni propedeutiche all'invio (validazione).

Il controllo di cui sopra, però, oggi si ferma al rilievo degli errori/incongruenze di tipo grossolano (es. confronti di consistenza numerica tra medesimi dati presenti su più fonti informative, verifiche sull'andamento nel tempo dei dati più sensibili, etc.) senza evidenziare anomalie che sarebbero rilevabili solamente tramite un processo di analisi più approfondita di ciascun flusso e di valutazione "incrociata" degli stessi.

Nel processo di controllo si evidenzia l'assenza, all'interno dell'ASREM, di una struttura dedita, con risorse adeguate per numero e professionalità, alla gestione di tutti i dati sanitari, capace di monitorare l'andamento delle attività, controllare la copertura e qualità dei dati, estrarre parametri chiave da essi, effettuare proiezioni e comporre scenari, produrre utile reportistica, essere di supporto alle decisioni di vertice.

Al fine di risolvere anche questi problemi, ma non solo, la Regione ha bandito una gara comunitaria per l'affidamento di servizi di consulenza direzionale ed operativa previsti dall'Accordo di Programma tra il MdS, di concerto con il MEF, e la Regione, in attuazione dell'art.79, comma 1-sexies, lettera c), del D.L. 112/2008, convertito con Legge 133/2008.

Lo scopo di tali servizi è quello di fare un "salto di qualità" nella gestione dei processi finalizzati alla disponibilità tempestiva ed affidabile di dati sanitari economici, gestionali e produttivi. Questo presuppone la realizzazione di un monitoraggio dell'intero sistema sanitario della regione volto anche a garantire la raccolta sistematica, continuativa, completa e di qualità di tutti i dati sanitari effettuando:

- l'omogeneizzazione delle procedure di raccolta dati tra i diversi produttori;
- il corretto dimensionamento del personale dedicato a tali attività in ASREM, in Regione, in Molise Dati;
- la crescita, l'aggiornamento e la formazione del personale coinvolto;
- l'adeguamento dei sistemi informativi utilizzati

La gara citata è stata espletata ed aggiudicata; si prevede che per la durata di tre anni, il sistema sanitario molisano godrà di qualificati servizi di affiancamento, utili sia per il disegno e realizzazione della piattaforma di integrazione dei flussi e sia per il trasferimento del *know-how* a favore di un gruppo di tecnici regionali in un'ottica di gestione autonoma dei propri applicativi al temine del triennio di affiancamento previsto dalla gara.

La principale azione correttiva da porre in essere, con assoluta tempestività, è la strutturazione presso l'ASREM di una specifica unità operativa, con risorse umane specializzate e dedicate, che governi i processi di digitalizzazione, le infrastrutture IT dell'azienda, e che guidi la fase di predisposizione dei flussi informativi sia in termini di completezza che di qualità effettuando quindi verifiche, preventive all'invio alla Direzione Generale della Salute, sul dato elaborato accompagnandolo con report ed indicatori in grado di illustrare sinteticamente l'andamento dei servizi riferiti al singolo flusso ed agli obiettivi prefissati.

Al termine del previsto percorso triennale, l'auspicato "salto di qualità" sarà completato e si prevedono gli effetti positivi, già a partire dai primi mesi di attività della citata unità operativa supportata anche dalle risorse professionali derivanti dal citato appalto.

Sarà, inoltre, indispensabile dotarsi di apposito software in grado di effettuare elaborazioni complesse sulle basi di dati sanitari consentendo «viste» ed «incroci» tra elementi informativi:

- sulla stessa tipologia di dati ma su un ventaglio di valutazione di più anni;
- su tipologie di dati diversi ma legati da elementi comuni (es. SDO incrociate con le prestazioni di specialistica ambulatoriale e i consumi farmaceutici);
- su tipologie di dati diversi apparentemente non legati da elementi comuni, per i quali la procedura, con tecniche di elaborazione di big data, sia capace di individuare correlazioni legate ad esempio ai consumi

sanitari, ai fenomeni di causa-effetto, all'incidenza delle patologie rispetto alle aree geografiche, rispetto al trattamento con differenti approcci farmacologici o alle prestazioni erogate, solo per fare alcuni esempi.

Naturalmente la sola acquisizione di tale software non sarà sufficiente: ancora una volta appare indispensabile specializzare una unità operativa sia in ASREM e sia in Regione (tramite la Molise Dati società informatica in house), composta da personale specializzato in trattamento statistico dei dati, in grado di governare il complesso processo di elaborazione dei dati al fine del supporto operativo alle decisioni.

14.2 Sviluppo, implementazione e consolidamento flussi informativi regionali/aziendali di futura attivazione

14.2.1 Sviluppo, implementazione e consolidamento flussi informativi regionali/aziendali di futura attivazione

Come detto, il grado di copertura dei dati sanitari del Molise è soddisfacente e non vi sono "buchi" nel rilevamento delle attività sanitarie.
La nuova SDO (procedura informatica) è stata messa "in linea" dal 17 settembre 2018, per cui il processo di acquisizione di tali dati è stato decisamente migliorato anche per l'aspetto della completezza che risultava carente in quanto la precedente procedura non consentiva l'acquisizione di alcune informazioni poi ritenute obbligatorie da NSIS.
Per quanto riguarda, invece, il Certificato di Assistenza al Parto – CEDAP, permangono delle criticità/difficoltà di ordine strutturale dovute essenzialmente alla necessità di sostituire la procedura informatica in uso, oramai palesemente obsoleta, con un'altra più attuale e collegata alle rimanenti banche dati (anagrafica e SDO in particolare). Pertanto, oggi, il perfetto allineamento dei CEDAP con le SDO non viene controllato con l'ausilio di procedure automatizzate, bensì verificato con strumenti semi-manuali con dispendio di risorse e tempo evitabili.

Per quanto riguarda il recupero dei "flussi degli anni pregressi", operazione richiesta alle singole Regioni dal Ministero della Salute e tesa a conservare la profondità storica delle informazioni a seguito dell'emanazione del Decreto Interconnessione DM.262/2016, permanevano ancora delle difficoltà residuali per quello dell'Emergenza Urgenza del 118 – EMUR118 e per quello delle Tossicodipendenze – SIND, difficoltà oggi superate in quanto si è avuta la certificazione del pregresso recuperato. Il monitoraggio ministeriale sul recupero del pregresso evidenzia la conclusione e certificazione dell'attività per tutti i flussi interessati, come si evince dalla tabella seguente:

Monitoraggio flussi interconnessione (Decreto del Ministro della Salute del 7 dicembre 2016, n. 262)	SIAD	EMURPS	EMUR118	HOSPICE	FAR	SISM	SIND
	15/05/2019	09/10/2018	09/10/2018	15/05/2019	15/10/2018	15/05/2019	15/05/2019
140 MOLISE	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**

Tabella 11 Monitoraggio flussi interconnessione

Al momento la Regione è impegnata nelle attività di consolidamento e messa a regime:

- del Fascicolo Sanitario Elettronico – FSE, sia per quanto riguarda la sua corretta gestione e sincronizzazione con la RGS (Ragioneria Generale dello Stato), sia per il recupero della documentazione sanitaria pregressa disponibile e recuperabile; a tal proposito è in corso avanzato un'attività di popolamento dei fascicoli aperti con i referti del laboratorio analisi fin dall'anno 2012;
- dell'Anagrafe Regionale Assistiti, banca dati fondamentale per il funzionamento corretto di tutte le procedure informatiche sanitarie;
- del Nuovo Sistema CUP, la cui procedura di gara è stata affidata all'ASREM ed è in corso di svolgimento; il nuovo sistema, oltre ad uniformare correttamente le agende di prenotazione dell'intera regione (non più

suddivise per distretto come accade attualmente), prevede di inglobare le attività erogate dal privato accreditato e consentirà di codificare correttamente tutte le fasi della prenotazione anche al fine di permettere il completo monitoraggio ex ante ed ex post delle liste di attesa.

Ciò che ancora necessita è, in conclusione, una piattaforma di datawarehouse unitaria che consenta sia alla Regione e sia all'ASREM di avere una visione d'insieme dell'intera attività sanitaria e questo è, in parte, anche l'oggetto della fornitura della gara di appalto menzionata nel paragrafo precedente.

Pertanto, la previsione è che già a partire dal primo anno di detto appalto, l'affiancamento in loco e la formazione fornita consentiranno un'efficace e graduale recupero delle disfunzionalità menzionate, con la messa a regime, al termine del triennio previsto, di un sistema di controllo dei flussi informativi gestito da personale sia sanitario e sia amministrativo, a cui sia stato trasferito il giusto know-how, per renderlo autonomo nella gestione.
Rimane ferma la necessità di condurre l'intervento principale di realizzare presso l'ASREM entro il 31.12.2020 la predetta unità operativa responsabile per l'IT ed i flussi informativi sanitari.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Sviluppo, implementazione e consolidamento dei flussi informativi	
Indicatori di risultato	**Tempistica**
Definizione di una piattaforma di integrazione dei flussi informativi	**31.12.2021**
Strutturazione, in ASReM di una specifica unità operativa specializzata e dedicata al governo dei processi di digitalizzazione	**31.12.2021**
Responsabile del procedimento attuativo	
Direzione Generale per la Salute	
Dirigente responsabile flussi informativi e controllo di gestione	
Direzione Generale ASReM	

15 Attuazione del D.lgs. n. 118/2011, Certificabilità dei bilanci del SSR e Contabilità analitica

15.1 Attuazione delle disposizioni del D.lgs. n. 118/2011

15.1.1 Attuazione delle disposizioni del D.lgs. n. 118/2011

La Regione Molise dal 2012 ha avviato le attività richieste dalle disposizioni del D.lgs. 118/2011.

Con DGR n. 439 del 17/09/2014 è stato individuato il terzo certificatore dei dati della GSA di cui all'art. 22, comma 3, lettera d), del D.lgs. n. 118/2011. La GSA, inoltre, ha definito ed ha comunicato al Bilancio regionale la perimetrazione dei capitoli di entrata e di spesa afferenti la sanità, avendo cura di aggiornare tale perimetrazione in presenza di istituzione/variazione dei suddetti capitoli.

Nell'ambito del nuovo Programma Operativo 2019-2021, la Regione si pone l'obiettivo di proseguire il percorso intrapreso e consolidare i risultati finalizzati all'armonizzazione dei principi contabili e dei criteri di rilevazione per la redazione dei bilanci degli enti del proprio SSR.

Nello specifico, la Regione Molise intende garantire l'integrazione della contabilità economico patrimoniale della Gestione Sanitaria Accentrata con la contabilità regionale per adempiere agli obblighi stabiliti dal Titolo I del D.lgs. 118/2011.

A questo scopo, sarà finalizzata e consolidata, entro il 2020, l'implementazione del sistema informativo contabile già avviata nel 2016, al fine di realizzare compiutamente l'integrazione tra i due sistemi contabili.

15.2 Attuazione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità dei Bilanci del SSR (PAC)

15.2.1 Attuazione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità dei Bilanci del SSR (PAC)

Con l'adozione dei DCA n. 13/2013 e DCA n. 14/2013, la Regione Molise, al fine di perseguire l'obiettivo della certificabilità del bilancio d'esercizio degli enti del SSR, ha adottato il PAC secondo quanto previsto dal DM 01.03. 2013.
In seguito, in ragione delle osservazioni del Tavolo di verifica e monitoraggio degli adempimenti LEA del 18.12.2014, la Regione Molise con DCA n. 3/2015 "Approvazione del Piano Attuativo della certificabilità" ha adottato il nuovo Piano che recepisce quanto richiesto dal Tavolo.

In attuazione di quanto previsto dal PAC e dal relativo Cronoprogramma, approvato con DCA n. 16 del 08.03.2016, la GSA e l'ASReM hanno provveduto a predisporre le procedure amministrativo-contabili, nello specifico:

- Con delibera n. 612 del 30.06.2016 l'ASReM ha definito e adottato le seguenti procedure amministrativo-contabili: Gestione documentale; Gestione del Patrimonio; Gestione del Magazzino; Gestione Personale (dipendente e convenzionato); Gestione Acquisto Beni e Servizi; Disponibilità Liquide; Rilevazioni numerarie; Gestione del Contenzioso; Gestione Inventari; Prestazioni Sanitarie da Privato;
- Con delibera n. 786 del 30.09.2016 l'ASReM ha definito e adottato le seguenti procedure amministrativo-contabili: Gestione Patrimonio Netto; Gestione Chiusure Contabili;
- Con DCA n. 43 del 28.06.2016 sono state adottate le seguenti procedure amministrativo-contabili e linee guida riguardanti il PAC della GSA e del Consolidato regionale: Gestione Ciclo Attivo; Gestione Ciclo Passivo; Gestione Disponibilità Liquide; Linee guida per le modalità di rilevazione contabile degli eventi della GSA;

- Con DCA n. 57 del 30.09.2016 sono state adottate le seguenti procedure amministrativo-contabili riguardanti il PAC della GSA e del Consolidato regionale: Riconciliazione CO. FI. – CO. EP.; Gestione Chiusure contabili trimestrali; Predisposizione Bilancio d'esercizio e Bilancio Consolidato.

Sulla base delle azioni poste in essere dall'ASReM e dalla GSA in relazione agli obiettivi previsti e alle tempistiche programmate, la Regione con DCA 20 del 28.02.2018 ha ritenuto opportuno rimodulare le scadenze e ridefinire il cronoprogramma.

Da ultimo, nella relazione periodica di accompagnamento al PAC al 30.06.2019 la Regione, in considerazione degli obiettivi ancora da raggiungere e delle relative tempistiche, ha valutato necessario riprogrammare i tempi di attuazione.

Nell'ambito del Programma Operativo 2019-2021, la Regione Molise si pone, da un lato, l'obiettivo di adottare, entro il 31.12.2019, un nuovo DCA per rimodulare le scadenze sulla base dello stato di attuazione delle azioni da parte di ASReM e della GSA. Dall'altro, di prevedere in tale riprogrammazione la conclusione del Percorso di certificabilità dei Bilanci entro il 31 luglio 2020.

A supporto delle attività inerenti il percorso di certificabilità dei bilanci, la Regione Molise ha avviato una iniziativa progettuale con il finanziamento ex art. 79 comma 1 sexies della L. n. 133/2008, che prevede uno specifico affiancamento alla GSA e all'ASReM in tale ambito. In particolare, a maggio 2018 è stata espletata la gara, che è stata aggiudicata Determinazione Dirigenziale N. 2623 del 11.06.2019, individuando i soggetti che svolgeranno le attività.

15.3 Implementazione della Contabilità analitica

15.3.1 Implementazione della Contabilità analitica

L'implementazione di un efficace sistema di contabilità analitica, quale strumento a supporto del processo di programmazione e controllo a livello aziendale, da un lato, e della *governance* del SSR a livello regionale, in termini di miglioramento dei processi di monitoraggio della spesa del SSR e verifica dell'erogazione dei LEA, dall'altro, è diventato negli ultimi anni un obiettivo imprescindibile che le aziende sanitarie e i sistemi sanitari regionali sono chiamati a raggiungere.

In coerenza con lo scenario sopra descritto, al fine di realizzare un sistema di contabilità analitica a livello di azienda sanitaria, che consenta l'acquisizione, l'aggregazione, l'elaborazione e l'esposizione dei dati elementari di costo e ricavo strutturati per fattore produttivo e centro di costo, migliorando il controllo economico dell'ASReM e i processi di responsabilizzazione, e più in generale al fine di attuare un modello regionale di monitoraggio del sistema sanitario volto a supportare la programmazione sanitaria e il controllo dei risultati, la Regione Molise ha avviato una iniziativa progettuale con il finanziamento ex art. 79 comma 1 sexies della L. n. 133/2008, finalizzato a implementare a livello locale e regionale un modello di controllo di gestione. Tale iniziativa ha previsto l'espletamento di una gara, che è stata aggiudicata Determinazione Dirigenziale N. 2623 del 11-06-2019, individuando i soggetti che svolgeranno le attività.

L'obiettivo regionale è quello di definire un modello di controllo unico che raccolga, elabori, analizzi e monitori i dati contabili e gestionali del SSR, partendo da quelli di ASReM, secondo l'articolazione delle strutture organizzative in centri di costo e centri di responsabilità, attuando un modello di controllo basato su omogeneità dei dati e uniformità di procedure amministrativo-contabili e gestionali da cui tali dati sono generati.

Nell'ambito del Programma Operativo 2019-2021, l'obiettivo è di dare completa attuazione al percorso avviato, in particolare:

- Progettare a attuare il modello di monitoraggio del SSR e consolidamento dei dati, secondo modalità coerenti con le metodologie definite nell'ambito del SIVEAS e con i modelli dati del NSIS;
- Implementare in ASReM la metodologia regionale di controllo di gestione aziendale per Centri di Responsabilità/Costo;
- Migliorare e consolidare lo stato e la copertura dei flussi informativi a supporto del monitoraggio;
- Adeguare i sistemi gestionali locali al fine di migliorare il grado di copertura rispetto alle esigenze informative individuate;
- Consentire la puntuale e coerente predisposizione da parte di ASReM dei modelli CP ed LA;

- Consentire l'agevole predisposizione di specifiche reportistiche, dati di attività per Centro di Responsabilità/Costo, Conti economici per Centro di Responsabilità/Costo.

15.4 Tempi di pagamento ai fornitori

Per assicurare il rispetto dei tempi di pagamento saranno indicate precise linee di indirizzo all'azienda sanitaria regionale e sarà assegnato uno specifico obiettivo al Direttore Generale ai sensi della legge di bilancio per l'anno 2019, n.145, articolo 1, comma 865 ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Attuazione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità dei Bilanci del SSR (PAC)	
Integrazione della contabilità economico patrimoniale della Gestione Sanitaria Accentrata con la contabilità regionale	
Implementazione della Contabilità analitica per centri di costo	
Indicatori di risultato	**Tempistica**
Finalizzazione dell'implementazione del sistema informativo contabile, già avviata nel 2016	**31.12.2021**
Adozione di un nuovo DCA per rimodulare le scadenze sulla base dello stato di attuazione delle azioni da parte di ASReM e della GSA in merito al PAC	**31.12. 2021**
Definizione, nel DCA di cui sopra, della riprogrammazione della conclusione del Percorso di certificabilità dei Bilanci	**31.12.2021**
Predisposizione piano dei centri di costo/centro di responsabilità aziendali	**31.12.2021**
Progettazione e attuazione del modello di monitoraggio del SSR e consolidamento dei dati secondo modalità coerenti con le metodologie definite nell'ambito del SIVEAS e con i modelli dati del NSIS	**31.12.2021**
Implementazione in ASReM della metodologia regionale di controllo di gestione aziendale per centri di responsabilità/costo	**31.12.2021**
Miglioramento e consolidamento flussi informativi a supporto del monitoraggio	**31.12.2021**
Adeguamento dei sistemi gestionali locali	**31.12.2021**
Predisposizione puntuale dei modelli CP e LA da ASReM	**31.12.2021**
Predisposizione di specifiche reportistiche, dati di attività per Centro di Responsabilità/Costo, Conti economici per Centro di Responsabilità/Costo	**31.12.2021**
Responsabile del procedimento attuativo	
Direzione Generale per la Salute	
Dirigente responsabile GSA	
Direttore Generale ASReM	
Dirigente responsabile Flussi informativi e Controllo di gestione	

16 Investimenti in infrastrutture e tecnologie

16.1 Potenziamento investimenti in infrastrutture

16.1.1 Potenziamento investimenti in infrastrutture

Le politiche pubbliche di investimento strutturale nel Servizio Sanitario Nazionale fanno riferimento al programma pluriennale straordinario di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie autorizzato dall'art. 20 della legge 67/1988.

Altre linee di finanziamento utilizzate dalla Regione Molise, per la realizzazione di opere di edilizia sanitaria, provengono da:

- Art. 71 della L.23/12/1998 n.448 inerente: "Misure di finanza pubblica per la stabilizzazione e lo sviluppo", per la realizzazione di interventi di riorganizzazione e di riqualificazione dell'assistenza sanitaria in alcuni grandi centri urbani;
- Fondi FAS (Fondo per le aree sottoutilizzate) è lo strumento di finanziamento del governo italiano per le aree sottoutilizzate del paese, raccoglie risorse nazionali aggiuntive, da sommarsi a quelle ordinarie e a quelle comunitarie e nazionali di cofinanziamento, diretti soprattutto, ma non esclusivamente, al Socio – Sanitario;
- Art. 1 comma 34 bis della L. 662/1996. Fondi finalizzati al perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale, per i quali le Regioni elaborano specifici progetti sulla scorta di criteri e parametri fissati dal Piano stesso, su proposta del Ministro della Sanità, il quale individua i progetti ammessi a finanziamento utilizzando le quote vincolate dal Fondo Sanitario Nazionale.

Situazione attuale

Fondi art. 20 Legge 67/1988

Gli obiettivi generali perseguiti dal programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie attraverso l'art. 20 della legge 67/1988 sono: l'ammodernamento del patrimonio strutturale e tecnologico del Servizio Sanitario Nazionale e l'ottimizzazione dei servizi attraverso la riqualificazione strutturale e tecnologica.

Il Programma è stato articolato in due fasi: la prima fase si è chiusa nel 1996 con un impegno complessivo di € 4.854.694.851,44, di cui € 48.367.737,97 per la Regione Molise.

La seconda fase è proseguita con l'utilizzo delle risorse assegnate dalle delibere CIPE alle regioni e province autonome per la sottoscrizione di accordi di programma.

La legge finanziaria 2007 ha previsto un forte ampliamento del programma straordinario di investimenti in edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico. L'art. 1, comma 796, della legge finanziaria 2007 eleva a 20 miliardi di euro il finanziamento complessivo del programma. Il maggior importo è stato ripartito con delibera CIPE n.98 del 18.12.2008.

Al Molise sono state attribuite risorse per complessivi € 161.582.058,16, di cui:

2^ fase	€ 104.831.970,75
3^ fase	€ 1.962.536,00
finanziaria 2007	€ 14.989.007,41
finanziaria 2008	€ 18.356.862,42
Riparto 4 miliardi risorse leggi: 145 del 30.12.2018 191 del 23.12.2009	€ 21.141.681,58
Totale finanziamenti da parte dello Stato	€ 161.582.058,16

Tabella 12 Finanziamenti da parte dello Stato

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

Tabella 13 Accordi di Programma

Fondi a disposizione

Per la realizzazione di Programmi di Investimenti previsti ancora dall'ex art.20 legge 67/88, secondo quanto di seguito riportato, sarebbero disponibili risorse per complessivi € 127.837.790,25 di cui € 121.445.900,74 a carico dello Stato:

Finanziamenti statali		€ 161.582.058,16-
Accordi di programma	A detrarre	€ 40.976.157,42
Poliambulatorio Frosolone (revocato)	Somma	€ 1.140.000,00
Restano	Restano	€ 121.445.900,74

Tabella 14 Fondi a disposizione

Sono state inoltre ripartite alle regioni risorse per la radioterapia ammontanti complessivamente ad € 15.493.706,97, di cui € 152.667,92 per la Regione Molise.

Con DM del 6 Dicembre 2017, finalizzato alla riqualificazione e ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione nelle Regioni del Mezzogiorno, è stata ripartita la quota complessiva di 100 milioni di euro ed assegnati al Molise € 1.450.000,00. La Direzione Generale per la Salute ha provveduto alla redazione di un progetto attualmente al vaglio del Ministero della Salute.

Riordino della rete infrastrutturale sanitaria

Si riportano di seguito le risorse necessarie al riordino delle reti assistenziali e delle strutture sanitarie coinvolte a seguito delle azioni di razionalizzazione descritte nei capitoli precedenti. Nel dettaglio:

- Ristrutturazione degli attuali Presidi Ospedalieri di Larino e Venafro a seguito della riconversione in strutture sanitarie territoriali. Tali stabilimenti saranno oggetto di ristrutturazione per diventare i contenitori di attività territoriali di filtro e di supporto a quella ospedaliera. Il costo totale per gli interventi di adeguamento sismico e riconversione delle suddette strutture è stimato in € 10.000.000,00;
- La struttura sanitaria di Agnone sarà finanziata con i fondi INAIL ai sensi dell'art. 1, comma 602-603 della Legge 11.12.2016, n. 232 e successivo DPCM del 24.12.2018;
- Trasformazione dei poliambulatori esistenti in "Casa della Salute". Per la realizzazione degli interventi si stima una spesa di € 9.000.000,00;

- Adeguamento 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. Costo stimato degli interventi 14,0€/mln;
- Alla luce dell'ipotesi di integrazione tra l'Ospedale "Cardarelli" e "Gemelli Molise S.P.A", sulla base dello studio di fattibilità si stima un importo di 23 €/mln;
- Acquisto di nuova tecnologia/apparecchiature elettromedicali per un importo stimato di 21,3 €/mln;
- Interventi volti al completamento e riqualificazione della rete della Salute Mentale per 2,5 €/mln;
- Riconversione dell'Ospedale "Cardarelli" in Centro Territoriale (UDI, C.d.S.). Costo stimato 21,5 €/mln;
- Realizzazione della nuova sede del 118 dell'importo di 1,8 €/mln;
- Ristrutturazione fabbricati per la realizzazione di Residenza Protetta nel comune di Poggio Sannita ed un poliambulatorio nel comune di Sant'Elia a Pianisi. Costo stimato 2,0 €/mln;
- Realizzazione di un percorso riabilitativo Sanitario di Ippoterapia nel comune di Casacalenda per un importo di 0,5 €/mln;
- Interventi di adeguamento sismico ed antincendio delle strutture sanitarie regionali stimati complessivamente in 380,0 €/mln.

La stima complessiva delle somme necessarie al riordino delle reti assistenziali e delle strutture sanitarie è pari a circa 480€/mln.

Tra gli interventi sovracitati restano da definire:

- Integrazione tra l'Ospedale "Cardarelli" e la "Gemelli Molise S.P.A.", sulla base dello studio di fattibilità si stima un importo di 23 €/mln;
- Riconversione dell'Ospedale "Cardarelli" in Centro Territoriale (UDI, C.d.S.). Costo stimato 21,5 €/mln.

Per l'attuazione dell'intero programma sono stati stimati 5 anni a decorrere dall'ottenimento del finanziamento da parte del Ministero.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Riconversione, ristrutturazione e adeguamento strutture sanitarie ospedaliere e territoriali	
Indicatori di risultato	**Tempistica**
Emanazione DCA per approvazione dei singoli progetti	**31.12.2021**
Affidamento dei lavori dei singoli progetti	**31.12.2021**
Responsabile del procedimento attuativo	
Direzione Generale per la Salute	
ASReM	
Servizio Risorse Finanziarie del Servizio Sanitario Regionale	

17 Rapporto con l'Università

17.1 Collaborazione tra l'Università e l'Ospedale Cardarelli

17.1.1 Collaborazione tra l'Università e l'Ospedale Cardarelli

Come da azione prevista dal precedente POS 2015-2018, i rapporti tra Regione e Università degli Studi del Molise sono stati regolati da un Protocollo di Intesa approvato con DCA n. 53/2017 ad oggetto "*Programma Operativo Straordinario 2015 - 2018. Programma 15 "Rapporto con le Università" - Azione 15.1.1 "Ricognizione e revisione della regolamentazione dei rapporti con le Università". Approvazione Schema di Protocollo d'intesa tra Regione Molise e l'Università" degli Studi del Molise per la disciplina dell'integrazione tra le attività didattiche, scientifiche ed assistenziali*, che, pur richiamando integralmente il contenuto del D.lgs. n.517/99, ha tenuto conto della specificità della Regione Molise.

In particolare, il Protocollo di Intesa, pur considerando che in via ordinaria la collaborazione tra il Servizio Sanitario Regionale e le Università si realizza principalmente attraverso le Aziende Ospedaliero Universitarie, ha preso atto del fatto che, data la sussistenza di un Piano di Rientro richiedente necessariamente l'adozione di soluzioni atte a contenere i costi, ha soprasseduto alla costituzione di una Azienda Ospedaliera Universitaria, attivando, allo stesso modo, un assetto funzionale equiparabile, ai fini didattici, a quello di un'Azienda Ospedaliero Universitaria, e utilizzando, per quanto compatibili, le norme di cui al richiamato D.lgs. n.517/99. A tal fine era stato individuato l'Ospedale Cardarelli di Campobasso come Presidio Ospedaliero di riferimento ai fini dell'integrazione assistenziale/didattica/scientifica.

Il Presidio di Campobasso, come *Hub* regionale, presentava le caratteristiche multidisciplinari indispensabili per l'approccio didattico e di ricerca della moderna medicina. Inoltre, per quanto concerne le lauree delle professioni sanitarie, risultava necessaria l'individuazione di una struttura in cui fossero presenti tutte le specialità di ambito medico e chirurgico necessarie ai tirocini di legge. Ad ogni modo, per specifiche discipline era stata comunque prevista la possibilità di utilizzo di unità operative presenti presso i due presidi ospedalieri previsti dalla programmazione sanitaria regionale come *Spoke* della rete ospedaliera.

Nell'Intesa si definivano, in particolare:

- I principi generali (principio di collaborazione tra Regione e Università)
- La partecipazione dell'Università alla programmazione sanitaria regionale
- L'assetto istituzionale organizzativo
- Il personale (lo stato giuridico)
- Le attività di formazione e ricerca
- Le disposizioni generali

La collaborazione, della durata annuale, tra l'Ospedale Cardarelli di Campobasso e l'Università degli Studi del Molise è stata prorogata con DCA 86 del 30.10.2019 invio Siveas 120A. Obiettivo della nuova programmazione è il rinnovo del Protocollo di Intesa.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmati	
Rinnovo della collaborazione tr a l'Università e l'Ospedale Cardarelli	
Indicatori di risultato	**Tempistica**
Rinnovo del Protocollo di Intesa	**31.12.2021**
Responsabile del procedimento attuativo	
Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	

18 Comunicazione e *governance* del Piano

18.1 Governo delle manovre di riqualificazione del SSR e raffronti con gli *stakeholder* del SSR

18.1.1 Governo delle manovre di riqualificazione del SSR e raffronti con gli stakeholder del SSR

La comunicazione

La comunicazione sta assumendo un ruolo sempre più rilevante nell'implementazione dei modelli organizzativi sanitari a diversi livelli ed in particolare nelle politiche sanitarie preordinate alla ristrutturazione/riorganizzazione del sistema delle reti ed i processi di riconversione delle Strutture. La comunicazione è anche strumento per migliorare l'a*ccountability* del Sistema, attraverso una rendicontazione periodica degli obiettivi, delle azioni e dei risultati raggiunti, anche nel rispetto dei principi di trasparenza che tanta importanza hanno assunto negli ultimi anni per le Pubbliche Amministrazioni e per le Aziende Sanitarie, in particolare.

La comunicazione in ambito sanitario interessa tutta l'attività sanitaria: dal rapporto medico/operatore; al rapporto paziente/utente; ai rapporti con la comunità di riferimento nel suo complesso, rapporti con i soggetti della programmazione sanitaria territoriale; rapporti con il volontariato; rapporti interni all'Azienda.

Nella revisione dei Nuovi Livelli Essenziali d'Assistenza (cfr:DPCM 12.01.2017) la Comunicazione è considerata come fondamentale supporto per il raggiungimento di *outcome* di salute dell'intero Sistema Sanitario Nazionale.

Nel contesto molisano, nell'atto aziendale ASReM, espressione dell'autonomia organizzativa dell'Azienda, è cristallizzato il riconoscimento dell'importanza della Comunicazione sia interna (organizzativa) che esterna (istituzionale). Nel contesto aziendale, la comunicazione è un'attività che necessità come tale di essere pianificata. Il Piano di comunicazione non è solo uno strumento organizzativo che costituisce una risorsa operativa in cui sono descritti tutti i principali processi di comunicazione rivolti all'esterno ed all'interno dell'organizzazione. Il Piano, ha lo scopo di individuare le iniziative da compiere per realizzare le scelte di scambio informativo che sostengono il sistema, aiuta a programmare ed a gestire le azioni di comunicazione per il raggiungimento degli obiettivi, coinvolge uno o più target di riferimento, definisce le modalità di verifica di tutte le iniziative intraprese.

Proprio nella sede del Piano di comunicazione aziendale verranno sviluppate le politiche di comunicazione aziendale in linea con il Programma Operativo.

ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
Risultati programmatici	
Sviluppo e pianificazione di politiche di comunicazione aziendale	
Indicatori di risultato	**Tempistica**
Redazione del Piano di comunicazione aziendale	**31.12.2021**
Responsabile del procedimento attuativo	
ASReM	

19 Tendenziali e programmatici 2019-2021

140	Regione Molise - Consolidato Regionale							
ID	CONTO ECONOMICO €/000	*CONSUNTIVO 2019** A	*PRE-CONSUNTIVO 2020* B	*TENDENZIALE 2021* C	*MANOVRE SVILUPPO* D	*MANOVRE CONTENI-MENTO* E	*PROGRAM-MATICO 2021* F=C+E+D	*di cui PROGRAM-MATICO 2021 Covid* G
A1	Contributi F.S.R.	578.056	609.689	605.972	-	-	605.972	9.583
A2	Saldo Mobilità	18.758	33.061	33.061	-	-	33.061	-
A3	Entrate Proprie	13.314	15.689	17.924	-	-	17.924	-
A4	Saldo Intramoenia	1.571	347	347	-	-	347	-
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-1.955	-6.300	-2.704	-	-	-2.704	-749
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	-2.002	-13.730	-4.222	-	-	-4.222	-1.753
A	Totale Ricavi Netti	607.742	638.756	650.379	-	-	650.379	7.081
B1	Personale	169.481	168.375	168.064	-	-	168.064	6.387
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	67.471	70.616	70.594	-	-3.764	66.830	379
B3	Altri Beni e Servizi	130.482	138.490	142.675	-	-	142.675	12.628
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	3.065	3.129	3.129	-	-	3.129	-
B5	Accantonamenti	49.957	37.325	42.685	-	-	42.685	-
B6	Variazione Rimanenze	-1.150	324	-	-	-	-	-
B	Totale Costi Interni	419.305	418.259	427.147	-	-3.764	423.383	19.394
C1	Medicina Di Base	45.465	46.635	46.635	-	-	46.635	2.189
C2	Farmaceutica Convenzionata	42.180	40.912	40.980	-	-	40.980	-
C3	Prestazioni da Privato	166.266	159.798	166.819	-	-	166.819	1.746
C	Totale Costi Esterni	253.911	247.345	254.435	-	-	254.435	3.935
D	Totale Costi Operativi (B+C)	673.216	665.604	681.582	-	-3.764	677.818	23.329
E	Margine Operativo (A-D)	-65.474	-26.848	-31.203	-	3.764	-27.439	-16.248
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	-	-	-	-	-	-	-
F2	Saldo Gestione Finanziaria	7.621	3.459	3.359	-	-	3.359	-
F3	Oneri Fiscali	13.860	13.553	13.061	-	-	13.061	280
F4	Saldo Gestione Straordinaria	8.363	-1.864	152	-	-	152	-
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	29.843	15.148	16.571	-	-	16.571	280
G	Risultato Economico (E-F)	-95.318	-41.997	-47.774	-	3.764	-44.010	-16.529
H	Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	17.816	18.094	18.517	-	-	18.517	-
I	Risultato Economico comprensivo di fiscalità aggiuntiva (G+H)	-77.502	-23.903	-29.257	-	3.764	-25.493	-16.529

*Tabella 15 CE Tendenziali 2019 – 2021, aggregazioni Analisi Scostamenti ; *al netto dell'accantonamento di 39 milioni di euro legati al contenzioso INPS*

19.1 Tendenziali in linea con l'evoluzione della natura di costi e ricavi

Il CE Tendenziale 2019-2021 è stato costruito sulla base dei dati e delle informazioni che seguono:

- Conti economici NSIS Consuntivo 2015-2018;
- Conto economico NSIS Consuntivo 2019;
- Conto economico pre-Consuntivo 2020, aggiornato rispetto al IV Trimestre presente su NSIS;
- Conto economico NSIS II Trimestre 2021;
- Conto economico Programmatico 2021 limitatamente ai costi e ricavi legati all'emergenza Covid-19.

Dal momento che il Conto Economico Tendenziale nasce come sovrapposizione di diversi effetti, nel presente paragrafo verrà indicata la stima del CE Tendenziale costruito a partire dalle ipotesi sui trend storici delle voci di ricavo e costo cui sono stati applicati correttivi (laddove valorizzabili) legati agli effetti economici delle misure nazionali che trovano diretta applicazione (senza decreti attuativi regionali).

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

Si riporta di seguito lo scheda di Conto Economico Consuntivo 2019, pre-Consuntivo 2020, Tendenziale e Programmatico 2021, con evidenza delle manovre previste per l'anno 2021. I CE riportati sono il consolidamento dei CE della GSA e dell'ASReM.

RICAVI

Per gli anni 2019 e 2020 il valore dei Ricavi Netti è stato posto pari ai dati presenti nel Conto Economico Consuntivo 2019 e nel Conto Economico pre-Consuntivo 2020, rispettivamente. Il valore dei Ricavi Netti per il 2019 è pari a 607.742 €/000, per il 2020 è pari a 638.756 €/000.

Per l'anno 2021, il valore dei Ricavi Netti è pari a 650.379 €/000, stimato come riportato nei paragrafi seguenti.

140	Regione Molise - Consolidato Regionale			
ID	CONTO ECONOMICO €/000	*CONSUNTIVO 2019** A	*PRE-CONSUNTIVO 2020* B	*TENDENZIALE 2021* C
A1	Contributi F.S.R.	578.056	609.689	605.972
A2	Saldo Mobilità	18.758	33.061	33.061
A3	Entrate Proprie	13.314	15.689	17.924
A4	Saldo Intramoenia	1.571	347	347
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-1.955	-6.300	-2.704
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	-2.002	-13.730	-4.222
A	**Totale Ricavi Netti**	**607.742**	**638.756**	**650.379**

Tabella 16 Sintesi delle voci componenti i Ricavi Netti per gli anni 2019-2020-Tendenziale 2021

Contributi in c/esercizio

Nel CE Consuntivo 2019 e nel CE IV Trimestre 2020 le contabilizzazioni del FSR indistinto e vincolato recepiscono quanto comunicato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze per i rispettivi periodi, al netto di 460 €/000 non impegnati nel 2019. In particolare i contributi iscritti al pre-Consuntivo 2020 includono anche le risorse stanziate per far fronte all'emergenza Covid-19.

In considerazione dell'incremento delle disponibilità per il finanziamento del SSN previsto per il 2021 di 1.500.000 €/000 rispetto al 2020, si è stimato un incremento dei contributi FSR indistinti pari a 7.650 €/000; a tali somme si aggiungono le risorse stanziate per far fronte all'emergenza Covid-19, pari a 9,6 €/mln per il 2021. La quota di risorse vincolate per il 2021 è stata posta pari al valore dei contributi FSR vincolati previsti per l'anno 2020.

Per l'anno 2019 gli obiettivi di Piano e gli altri finalizzati sono stati posti pari a quanto stabilito dalle Intese Stato Regioni n.88,89,90,91/CSR del 06.06.2019 nelle quale si stabilisce il riparto del Fondo Sanitario Regionale per l'anno 2019, nonché pari a quanto comunicato dal Ministero dell'Economia e Finanze (Allegato A istruttoria conti sanitari IV Trimestre 2019) con email di convocazione del 14 febbraio 2020, al netto di di 460 €/000 non impegnati nel 2019. Nello specifico i Contributi FSR vincolato pari a **10.950 €/000** comprendono 5,7 €/mln relativi agli Obiettivi di PSN 2019 come da Intesa 192/CSR del 28 novembre 2019, al netto delle quote non impegnate nel bilancio regionale 2019; 3,3 €/mln relativi ai farmaci innovativi ed innovativi oncologici 2019 come da Decreto Ministeriale 16 febbraio 2018 pubblicato in G.U. Serie generale n. 881 del 7 aprile 2018 (Intesa CSR n. 239 del 21 dicembre 2017); 1 €/mln relativo alla Penitenziaria come da Intese 148/CSR del 7 novembre 2019 e 123/CU del 28 novembre 2019; 0,6 €/mln relativi alle borse di studio MMG come da Intesa 185/CSR del 7 novembre 2019; 0,3 €/mln relativi al superamento OPG come da Intesa 124/CU del 28 novembre 2019; 0,03 €/mln relativi ad ulteriori spese di organizzazione dei corsi di formazione specifica MMG come inviato in CSR con nota n. 764 del 22 gennaio 2020.

Per l'anno 2020 gli obiettivi di Piano e gli altri finalizzati sono stati posti pari a quanto stabilito dalle Intese Stato Regioni n.55-56 CSR del 31/03/2020. Nello specifico la voce, pari a **11.027 €/000**, comprende 5,8 €/mln relativi agli Obiettivi di PSN 2020 come da Intesa 56/CSR del 31 marzo 2020; 3,1 €/mln relativi ai farmaci innovativi ed innovativi oncologici 2020; 1,0 €/mln relativi alla Medicina Penitenziaria 2020 come da Intesa 55/CSR del 31 marzo 2020; 0,6 €/mln relativi alle borse di studio MMG 2020 come da Intesa 55/CSR del 31 marzo 2020; 0,3 €/mln per il superamento OPG 2020 come da Intesa 55/CSR del 31 marzo 2020; 0,06 €/mln relativi all'esenzione delle percentuali di sconto per le farmacie 2020 come da Intesa 160/CSR del 24 settembre 2020; 0,03 €/mln per Ulteriori spese di organizzazione dei corsi di formazione specifica di medicina generale 2020 come da Intesa

184/CSR del 5 novembre 2020; 0,2 €/mln per Screening gratuito per prevenire, eliminare ed eradicare il virus dell'epatite C (HCV) come da Intesa 226/CSR del 17 dicembre 2020.

Per il 2021, il valore è stato posto uguale al 2020.

Saldo mobilità extraregionale in compensazione

Relativamente al **Saldo di Mobilità**, il valore 2019 è stato posto pari a quanto stabilito dalle Intese Stato Regioni n.88,89,90,91/CSR del 06.06.2019 nelle quali si stabilisce il riparto del Fondo Sanitario Regionale per l'anno 2019 (compresa la quota di mobilità internazionale); il valore considerato è pari a complessivi 19.339 €/000, a cui si aggiunge il "Saldo mobilità non in compensazione extra" per -581 €/000. Per l'anno 2020, il valore è stato posto pari a quanto stabilio dall'Intesa Stato Regioni n. 55 del 31.03.2020, per un valore di 33.387 €/000, a cui si aggiunge il "Saldo mobilità non in compensazione extra" per -325 €/000. Per l'anno 2021, il valore è stato posto pari al 2020.

Entrate proprie

Per gli anni 2019 e 2020 il valore delle **Entrate proprie** è stato posto pari ai dati presenti nel Conto Economico Consuntivo 2019 e nel Conto Economico pre-Consuntivo 2020, rispettivamente.

In particolare per quanto riguarda il payback 2019, l'importo iscritto per il superamento della spesa farmaceutica ospedaliera è pari a 2,3 €/mln e corrisponde per 0,2 €/mln all'incassato dell'anno 2019 e per 2,1 €/mln alla quota di Riparto tra le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del fondo payback 2013-2017 (decreto 30 ottobre 2019) al netto di quanto già iscritto nel CE Consuntivo 2015 (come da decreto legge n. 179/2015).

Per il payback 2020, il "Pay-back per il superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera" è pari a 3,8 €/mln e corrisponde al valore incassato dell'anno 2020; in attesa che AIFA comunichi l'importo dei versamenti effettuati e dell'eventuale contenzioso, in considerazione di quanto disposto dall'articolo 1, commi 475, 476 e 477, della legge n. 178/2020, l'importo è accantonato per intero alla voce BA2890 "Altri accantonamenti". La voce AA0920 – "Ulteriore Pay-back" è valorizzata per 2,6 €/mln e corrisponde al valore incassato nell'anno 2020.

Per l'anno 2021, le voci dell'aggregato Ulteriori Trasferimenti Pubblici sono state poste pari al 2020 con l'eccezione della voce "Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) vincolati", che è stata posta pari a 260 €/000 relativi ai soli contributi per il gioco d'azzardo patologico (GAP). Le voci dell'aggretato Ticket sono state poste pari al 2020. Le Altre Entrate Proprie sono state poste pari al 2020, con l'eccezione del payback per il superamento della spesa farmaceutica ospedaliera a cui è stato iscritto il valore di 6.803 €/000, come disposto dalla determina AIFA n. 1313/2020, accantonato per intero alla voce BA2890 "Altri accantonamenti" in attesa di ulteriori comunicazioni da parte di AIFA.

Saldo Intramoenia

Per gli anni 2019 e 2020 il valore del **Saldo Intramoenia** è stato posto pari ai dati presenti nel Conto Economico Consuntivo 2019 e nel Conto Economico pre-Consuntivo 2020, rispettivamente. Per l'anno 2021, le voci sono state poste pari al 2020.

Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti

Per gli anni 2019 e 2020 il valore degli investimenti in conto esercizio è stato posto pari ai dati presenti nel Conto Economico Consuntivo 2019 e nel Conto Economico pre-Consuntivo 2020, rispettivamente. Per l'anno 2021, la voce è stata posta pari al Consuntivo 2019 (-1.955 €/000), incrementata del valore degli investimenti previsti per il 2021 all'interno del Programma Operativo Covid (-749 €/000); il valore totale risultante per il 2021 è pari a -2.704 €/000.

Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati

Per gli anni 2019 e 2020 il valore degli investimenti in conto esercizio è stato posto pari ai dati presenti nel Conto Economico Consuntivo 2019 e nel Conto Economico pre-Consuntivo 2020, rispettivamente.

Per il 2021, l'Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti per quota FSR vincolato è stato posto pari al Consuntivo 2019 (3.795 €/000), come anche gli Accantonamenti dei fondi vincolati (5.796 €/000). Gli accantonamenti del fondo indistinto finalizzato, invece, sono stati posti pari a 1.753 €/000 coerentemente con il Programma Operativo Covid, quale stima delle risorse destinate all'emergenza non utilizzate nel corso dell'anno. Il valore complessivo degli Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizio in corso per il 2021 è quindi pari a 7.549 €/000, conducendo ad un Saldo di -4.222 €/000.

COSTI

Costi interni

140	Regione Molise - Consolidato Regionale			
ID	CONTO ECONOMICO €/000	*CONSUNTIVO 2019** A	*PRE-CONSUNTIVO 2020* B	*TENDENZIALE 2021* C
B1	Personale	169.481	168.375	168.064
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	67.471	70.616	70.594
B3	Altri Beni e Servizi	130.482	138.490	142.675
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	3.065	3.129	3.129
B5	Accantonamenti	49.957	37.325	42.685
B6	Variazione Rimanenze	-1.150	324	-
B	**Totale Costi Interni**	**419.305**	**418.259**	**427.147**

Tabella 17 Sintesi delle voci componenti i Costi Interni per gli anni 2019-2020-Tendenziale 2021;
**al netto dell'accantonamento di 39 milioni di euro legati al contenzioso INPS*

Costo del Personale

Relativamente al costo del **Personale**, per l'anno 2019 il valore è stato posto pari al costo maturato al 31.12.2019, rappresentato nel Modello CE Consuntivo 2019, comprensivo dell'IVC prevista dalla normativa vigente (0,42% da aprile e giugno e 0,7% da luglio a dicembre) (169,5 €/mln complessivi).

Per l'annualità 2020 il costo riporta il valore iscritto a Conto Economico pre-Consuntivo 2020, comprensivo delle componenti legate all'emergenza Covid, per un valore complessivo di 168,4 €/mln; anche per il 2020 risulta riportata a costo l'indennità di vacanza contrattuale.

Per l'anno 2021 il costo è stato stimato come proiezione lineare del costo registrato nel Conto Economico al II Trimestre 2021. Il costo complessivo tendenziale per il 2021 risulta quindi di 168,1 €/mln, di cui 6,4 €/mln legati all'emergenza Covid.

Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati

Per gli anni 2019 e 2020, il valore della voce **Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati** è stato posto pari ai dati presenti nel Conto Economico Consuntivo 2019 e nel Conto Economico pre-Consuntivo 2020, rispettivamente.

Il Tendenziale 2021 è stato stati stimato applicando al costo rilevato nel CE Consuntivo 2019 una crescita annua pari al tasso di crescita registrato negli anni precedenti e aggiungendo al valore risultante gli importi previsti per la gestione dell'emergenza Covid all'interno del Programma Operativo Covid, pari a 379 €/000. Il valore complessivo risultante per l'aggregato è di 70,6 €/mln.

Altri Beni e Servizi

Per gli anni 2019 e 2020, il valore della voce **Altri Beni e Servizi** è stato posto pari ai dati presenti nel Conto Economico Consuntivo 2019 e nel Conto Economico pre-Consuntivo 2020, rispettivamente.

Il Tendenziale 2021 è stato stati stimato applicando al costo rilevato nel CE Consuntivo 2019 una crescita annua pari al tasso di crescita medio annuo (CAGR) degli anni 2015-2019 e aggiungendo al valore risultante gli importi previsti per la gestione dell'emergenza Covid all'interno del Programma Operativo Covid, pari a 12,6 €/mln. Il valore complessivo risultante per l'aggregato è di 142,7 €/mln.

Ammortamenti e Costi Capitalizzati

Per gli anni 2019 e 2020, il valore della voce **Ammortamenti e Costi Capitalizzati** è stato posto pari ai dati presenti nel Conto Economico Consuntivo 2019 e nel Conto Economico pre-Consuntivo 2020, rispettivamente. Per l'anno 2021, il valore tendenziale è stato posto uguale al valore iscritto al 2020.

Accantonamenti

140	Regione Molise - Consolidato Regionale			
ID	CONTO ECONOMICO €/000	*CONSUNTIVO 2019** A	*PRE-CONSUNTIVO 2020* B	*TENDENZIALE 2021* C
B5.1a	*Accantonamenti per cause civili e oneri processuali*	-	-	-
B5.1b	*Accantonamenti per contenzioso personale dipendente*	*2.075*	*1.500*	*2.075*
B5.1c	*Acc. per rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato*	*35.576*	*23.352*	*17.066*
B5.1d	*Accantonamenti per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)*	-	*1.500*	*1.500*
B5.1e	*Altri accantonamenti per rischi*	-	-	-
B5.1f	*Accantonamenti Per Interessi di Mora*	*2.800*	*2.500*	*2.800*
B5.1	Accantonamenti Rischi	40.451	28.852	23.441
B5.2	Accantonamenti Sumai (+TFR)	536	536	536
B5.3	Accantonamenti per Rinnovi Contrattuali	3.827	2.718	6.687
B5.5	Altri Accantonamenti	5.143	5.218	12.111
B5	**Accantonamenti**	**49.957**	**37.325**	**42.775**

Tabella 18 Sintesi delle voci componenti gli Accantonamenti per gli anni 2019-2020-Tendenziale 2021;
**al netto dell'accantonamento di 39 milioni di euro legati al contenzioso INPS*

Per gli anni 2019 e 2020, il valore della voce **Accantonamenti** è stato posto pari ai dati presenti nel Conto Economico Consuntivo 2019 e nel Conto Economico pre-Consuntivo 2020, rispettivamente, con l'eccezione dei 39,6 €/mln iscritti nel 2019 alla voce *Altri Accantonamenti per Rischi* relativi al contenzioso INPS che sono stati eliminati dal Conto Economico.

Per l'anno 2021, per quanto riguarda gli *Accantonamenti Rischi*, le voci *Accantonamenti per contenzioso personale dipendente* e *Accantonamenti Per Interessi di Mora* sono state poste pari al Consuntivo 2019 e la voce *Accantonamenti per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)* pari al 2020; la voce *Accantonamenti per rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato* è stato valutato sulla base dei primi dati di produzione disponibili ed è pari a 17,1 €/mln. Gli *Accantonamenti Sumai* sono stati posti uguali al Consuntivo 2019. Gli *Accantonamenti per Rinnovi Contrattuali* sono stati calcolati sulla base delle indicazioni fornite dalla Legge n. 160/2019 (Legge di Bilancio 2020). Gli *Altri Accantonamenti* sono stati posti pari al 2020, aggiungendo il valore della voce AA0910 *Pay-back per il superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera*, essendo tale somma attualmente oggetto di contenzioso, per un importo pari a 6,8 €/mln, e le somme accantonate a IV Trimestre 2019 da ASReM, pari a 0,5 €/mln.

Variazione Rimanenze

Per gli anni 2019 e 2020, il valore della voce "Variazione Rimanenze" è stato posto pari ai dati presenti nel Conto Economico Consuntivo 2019 e nel Conto Economico pre-Consuntivo 2020, rispettivamente.

L'importo inserito nel CE Tendenziale 2021 è nullo, nell'ipotesi che il costo dei beni sanitari e non sconta già l'effetto della variazione delle rimanenze.

Costi esterni

140	Regione Molise - Consolidato Regionale			
ID	CONTO ECONOMICO €/000	*CONSUNTIVO 2019** A	*PRE-CONSUNTIVO 2020* B	*TENDENZIALE 2021* C
C1	Medicina Di Base	45.465	46.635	46.635
C2	Farmaceutica Convenzionata	42.180	40.912	40.980
C3	Prestazioni da Privato	166.266	159.798	166.819
C	**Totale Costi Esterni**	**253.911**	**247.345**	**254.435**

Tabella 19 Sintesi delle voci componenti i Costi Esterni per gli anni 2019-2020-Tendenziale 2021

Medicina di Base

Per gli anni 2019 e 2020, il valore della voce **Medicina di Base** è stato posto pari ai dati presenti nel Conto Economico Consuntivo 2019 e nel Conto Economico pre-Consuntivo 2020, rispettivamente.

Per l'anno 2021, il valore della voce è stato posto pari al 2020, comprensivo degli importi previsti per la gestione dell'emergenza Covid all'interno del Programma Operativo Covid, pari a 2,2 €/mln. Il valore complessivo risultante è pari a 46,6 €/mln.

Farmaceutica Convenzionata

Per gli anni 2019 e 2020, il valore della voce **Farmaceutica Convenzionata** è stato posto pari ai dati presenti nel Conto Economico Consuntivo 2019 e nel Conto Economico pre-Consuntivo 2020, rispettivamente.

Il Tendenziale 2021 è stato stimato applicando al costo rilevato nel CE Consuntivo 2019 una crescita annua pari al tasso di crescita medio annuo (CAGR) degli anni 2015-2019, pari a -3%. Il valore risultante è pari a 41,0 €/mln.

Prestazioni sanitarie da privato

140	Regione Molise - Consolidato Regionale			
ID	CONTO ECONOMICO €/000	*CONSUNTIVO 2019** A	*PRE-CONSUNTIVO 2020* B	*TENDENZIALE 2021* C
C3.1	Prestazioni da Privato - Ospedaliera	66.884	66.819	68.284
C3.2	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale	39.657	38.883	40.292
C3.3	Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedal.	16.508	15.401	16.350
C3.4	Altre Prestazioni da Privato	43.217	38.694	41.894
C3	**Prestazioni da Privato**	**166.266**	**159.798**	**166.819**

Tabella 20 Sintesi delle voci componenti le Prestazioni da Privato per gli anni 2019-2020-Tendenziale 2021

Per gli anni 2019 e 2020, il valore delle voci componenti le **Prestazioni da Privato** è stato posto pari ai dati presenti nel Conto Economico Consuntivo 2019 e nel Conto Economico pre-Consuntivo 2020, rispettivamente.

Per l'anno 2021, il valore delle prestazioni ospedaliere è stato posto pari al limite massimo di finanziamento per le prestazioni di assistenza ospedaliera per l'anno 2020 definito con DCA n.56 del 30/09/2020, per le voci relative

a prestazioni soggette a tetto di spesa. Per le rimanenti voci, l'unica componente sono gli importi previsti per la gestione dell'emergenza Covid all'interno del Programma Operativo Covid, pari a 1,4 €/mln. L'importo complessivo stimato è pari a 68,3 €/mln.

Il valore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è stato posto pari al limite massimo di finanziamento per le prestazioni di assistenza ospedaliera per l'anno 2020 definito con DCA n.56 del 30/09/2020, per le voci relative a prestazioni soggette a tetto di spesa. Per le rimanenti voci è stata applicata al costo rilevato a Consuntivo 2019 una crescita annua pari al tasso di crescita medio annuo (CAGR) degli anni 2015-2019, risultante in complessivi 40,3 €/000. Il valore dei medici Sumai è stato stimato pari al Consuntivo 2019.

Il valore delle prestazioni di riabilitazione è stato posto pari al limite massimo di finanziamento per le prestazioni di assistenza ospedaliera definito con DCA n. 41/2020, pari a 16,3 €/mln.

Per le *Altre Prestazioni da Privato*, l'importo è stato stimato applicando ai costi rilevati nel CE Consuntivo 2019 una crescita annua pari al tasso di crescita medio annuo (CAGR) degli anni 2015-2019. La stima è di 41,9 €/mln.

Componenti Finanziarie e Straordinarie

140	Regione Molise - Consolidato Regionale			
ID	CONTO ECONOMICO €/000	*CONSUNTIVO 2019** A	*PRE-CONSUNTIVO 2020* B	*TENDENZIALE 2021* C
F1	Svalutazione Immobilizz., Crediti, Rivalut. e Svalut. Finanz.	-	-	-
F2	Saldo Gestione Finanziaria	7.621	3.459	3.359
F3	Oneri Fiscali	13.860	13.553	13.061
F4	Saldo Gestione Straordinaria	8.363	-1.864	152
F	**Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie**	**29.843**	**15.148**	**16.571**

Tabella 21 Sintesi delle voci componenti le Componenti Finanziarie e Straordinarie per gli anni 2019-2020-Tendenziale 2021

Svalutazioni

La voce **Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie** nella regione Molise risulta non valorizzata negli ultimi anni.

Saldo Gestione Finanziaria

Per gli anni 2019 e 2020, il valore del **Saldo Gestione Finanziaria** è stato posto pari ai dati presenti nel Conto Economico Consuntivo 2019 e nel Conto Economico pre-Consuntivo 2020, rispettivamente. Per il 2021 il valore risulta leggermente inferiore rispetto al 2020 grazie alla riduzione dei pagamenti oltre i termini e dei conseguenti interessi di mora in corso d'anno.

Oneri Fiscali

Per gli anni 2019 e 2020, il valore degli **Oneri Fiscali** è stato posto pari ai dati presenti nel Conto Economico Consuntivo 2019 e nel Conto Economico pre-Consuntivo 2020, rispettivamente. Per il 2021 si è posto un valore corrispondente al Consuntivo 2019, con l'eccezione dell'IRAP che è stato calcolato come proiezione lineare del valore registrato a II Trimestre 2021 in coerenza con la stima del costo del Personale.

Saldo Gestione Straordinaria

Per gli anni 2019 e 2020, il valore del **Saldo Gestione Straordinaria** è stato posto pari ai dati presenti nel Conto Economico Consuntivo 2019 e nel Conto Economico pre-Consuntivo 2020, rispettivamente. Per il 2021 il valore è stato posto pari al valore registrato a II Trimestre 2021.

Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA

Per gli anni 2019 e 2020, il valore delle **Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA** è stato posto pari ai dati presenti nel Conto Economico Consuntivo 2019 e nel Conto Economico pre-Consuntivo 2020, rispettivamente. Per il 2021 il valore è stato posto pari a 18,5 €/mln, come da comunicazione del Dipartimento delle Finanze del 09/12/2020 per l'anno d'imposta 2022.

19.2 Manovre e Programmatico 2021

Considerata la prossimità della fine del periodo di competenza del presente Programma Operativo, si ritiene non completamente ipotizzabile la messa in atto di manovre aggiuntive i cui benefici possano realizzarsi significativamente nel corso dell'anno. Per questa ragione, si rappresenta unicamente l'impatto economico atteso dall'azione già intrapresa di aggregazione alla Stazione Appaltante della regione Piemonte nelle gare per l'acquisto di farmaci, i cui effetti si realizzeranno entro fine anno per un importo atteso di 3.764 €/000.

Il risultato economico Programmatico 2021 è quindi stimato in -25.493 €/mln.

140	Regione Molise - Consolidato Regionale			
ID	CONTO ECONOMICO €/000	*TENDENZIALE 2021* A	*MANOVRE CONTENI-MENTO* B	*PROGRAM-MATICO 2021* C
I	Risultato Economico comprensivo di fiscalità aggiuntiva	-29.257	3.764	-25.493

Tabella 22 Risultato economico Tendenziale e Programmatico 2021 e Manovre di contenimento

20 Cronoprogramma riepilogativo delle azioni programmate

Promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio

	ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
	Risultati programmati	
	Completamento delle attività contenute nel Piano regionale della Prevenzione	
	Attuazione Programma triennale per la Prevenzione del randagismo 2019-2021	
	Recepimento del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025	
	Indicatori di risultato	**Tempistica**
4.1.1_1	Scostamento tra "valore osservato" e "valore atteso" per n. indicatori sentinella ≤20%/n. indicatori sentinella 2019 ≥80% per tutti i programmi definiti per il 2019	**31.12.2019**
4.1.1_2	Rendicontazione al Ministero	**31.03.2020**
4.1.1_3	DCA ad oggetto "Documento di pianificazione del programma per la prevenzione del randagismo 2019-2021"	**31.12.2020**
4.1.1_4	Emanazione DCA atto a recepire il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025	**31.12.2020**
4.1.1_5	Emanazione DCA atto ad approvare il Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025	**31.12.2021**
	Responsabile del procedimento attuativo	
	Dirigente Responsabile del Servizio Prevenzione – Veterinaria e Sicurezza Alimentare delle Direzione Generale per la Salute	
	DG ASReM – Dipartimento di Prevenzione ASReM	

L'offerta regionale delle Reti Assistenziali: l'area ospedaliera

L'area dell'emergenza-urgenza

L'area delle reti tempo-dipendenti

	ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
	Risultati programmati	
	Rimodulazione dei posti letto per acuti e adeguamento allo standard previsto dal DM 70/2015	
	Recupero mobilità passiva	
	Riorganizzazione rete territoriale dell'emergenza urgenza	
	Rivalutazione dei termini della convenzione per l'accesso al servizio di elisoccorso ed elitrasporto con altre Regioni	
	Riduzione accessi impropri in Pronto Soccorso	
	Realizzazione aggregazioni Rete Trauma	
	Riorganizzazione Rete Ictus	
	Riassetto Rete Cardiologica	
	Riorganizzazione Rete Perinatale	
	Indicatori di risultato	**Tempistica**

5.3_1	Emanazione DCA avente ad oggetto la riconfiguarazione dei posti letto ospedalieri e dei posti letto della rete tempo-dipendente;	**31.12.2021**
5.3_2	Emanazione DCA avente ad oggetto "Documento di programmazione della rete- ospedaliera, e delle reti dell'emergenza e delle patologie tempo - dipendenti nella Regione Molise" contenente azioni mirate a: - L'attivazione della *Stroke Unit* presso l'Ospedale "Cardarelli" di Campobasso; - L'applicazione del sistema *telestroke/teletrombolisi* che collega il Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri di Isernia e Termoli con la *Stroke Unit* dell'Ospedale "Cardarelli" di Campobasso;	**(realizzato)**
5.3_3	Emanazione DCA avente ad oggetto "Documento di programmazione della rete- ospedaliera, e delle reti dell'emergenza e delle patologie tempo - dipendenti nella Regione Molise" contenente azioni mirate a: - L' implementazione della tecnologia "*InTouch Health*" negli ospedali *Spoke;* - La riorganizzazione della rete perinatale e la definizione di procedure operative condivise tra *Hub* e *Spoke* per trasporto materno/neonatale	**31.12.2021**
5.3_4	Stipula accordi di collaborazione tra l'A.S.Re.M. e l'Azienda Sanitaria "Chieti-Vasto-Lanciano"	**31.12.2021**
5.3_5	Istituzione del Coordinamento Regionale Rete delle emergenze	**(realizzato)**
5.3_6	Predisposizione del "Piano di Rete" dell'emergenza e definizione dei PDTA integrati Ospedale Territorio da parte del Coordinamento di Rete	**31.12.2021**
5.3_7	Predisposizione del "Piano di Rete" oncologica da parte del Coordinamento di Rete	**31.12.2021**
5.3_8	Stipula Accordi interregionali con l'AORN "Cardarelli" (NA), quale DEA di II livello, e AORN Santobono (NA), in ambito pediatrico, per traumi con maggiore complessità assistenziale	**(realizzato)**
5.3_9	Attivazione Protocolli di Intesa con IRCSS Neuromed esclusivamente per trauma cranico	**(realizzato)**
5.3_10	Attivazione servizio Radiologia interventistica presso Ospedale "Cardarelli" Campobasso	**31.12.2021**
5.3_11	Stipula accordi interregionali per la centralizzazione del paziente con ictus emorragico con strutture extraregionali quali azienda AO "Rummo" – AO Benevento e con l'AOU "Ospedali Riuniti di Foggia"	**31.12.2021**
5.3_12	Attivazione Protocolli di Intesa con Gemelli Molise Spa per la rete cardiologica	**31.12.2021**
5.3_13	Programma Attuativo Aziendale definitivo delle liste di attesa	**(realizzato)**
	Responsabile del procedimento attuativo	
	Servizio Ospedalità pubblica e privata della Direzione Generale per la Salute	
	Direzione Generale ASReM	

L'offerta Regionale delle Reti Assistenziali: l'area territoriale

	ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
	Risultati programmatici	
	Potenziamento e riqualificazione delle forme organizzative multi professionali	
	Indicatori di risultato	**Tempistica**
5.4.1_1	Implementazione forme di associazionismo (AFT e UCCP)	**31.12.2021**
5.4.1_2	Istituzione del ruolo dell'infermiere di comunità	**31.12.2021**
5.4.1_3	Implementazione di soluzioni tecnologiche	**31.12.2021**
	Responsabile del procedimento attuativo	
	Direzione Generale per la Salute	
	Direzione Generale ASReM	

L'assistenza domiciliare integrata

	ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
	Risultati programmatici	
	Efficientamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata	
	Miglioramento Sistemi di controllo accessi domiciliari	
	Miglioramento dell'attività di Telemedicina domiciliare (Telemonitoraggio)	
	Attivazione della diagnostica domiciliare per pazienti in ADI	
	Aumento del numero di dimissioni protette verso il domicilio o le strutture territoriali	
	Indicatori di risultato	**Tempistica**
5.4.2_1	Emanazione di un DCA finalizzato all'attivazione da parte di ASReM delle azioni che concorrono a garantire il raggiungimento degli obiettivi: - Introduzione di un sistema di controllo degli accessi domiciliari - Attivazione delle attività di Telemedicina - Attivazione della diagnostica domiciliare - Aumento del numero di dimissioni protette verso il domicilio o le strutture territoriali	**31.12.2021**
	Responsabile del procedimento attuativo	
	Direzione Generale Salute	
	Direzione Generale ASReM	

L'assistenza residenziale e semiresidenziale per le non autosufficienze e le disabilità

	ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
	Risultati programmatici	
	Potenziamento assistenza residenziale e semiresidenziale per le non autosufficienze e per le disabilità	
	Indicatori di risultato	**Tempistica**
5.4.3_1	Rimodulazione dei posti letto e rideterminazione delle tariffe	**31.12.2021**
	Responsabile del procedimento attuativo	
	Direzione Generale per la Salute	
	Direzione Generale ASReM	

Le Case della Salute

	ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
	Risultati programmatici	
	Riorganizzazione delle Case della Salute	
	Indicatori di risultato	**Tempistica**
5.4.4_1	Emanazione di un DCA preposto alla riorganizzazione delle Case della Salute secondo il modello organizzativo *Hub&Spoke*	**31.12.2021**
	Responsabile del procedimento attuativo	
	Direzione Generale per la Salute	
	Direzione Generale ASReM	

Il ruolo della Farmacia dei servizi
La rete dei laboratori

	ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
	Risultati programmatici	
	Potenziamento del ruolo delle Farmacie e degli infermieri di Comunità nelle aree interne	
	Riorganizzazione della rete dei laboratori	
	Indicatori di risultato	**Tempistica**
5.4.5_1	Aggiudicazione della gara e dotazione postazioni diagnostiche fisse e mobili per i comuni dell'area del Matese	**31.12.2021**
5.4.6_1	Emanazione di un DCA mirato alla riorganizzazione della rete dei laboratori	**31.12.2021**
	Responsabile del procedimento attuativo	
	Servizio Ospedalità pubblica e privata della Direzione Generale per la Salute	
	Direzione Generale ASReM	

I percorsi del paziente tra ospedale e territorio

	ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
	Risultati programmatici	
	Gestione PDTA e implementazione dei percorsi per soggetti affetti da disturbi dello spettro autistico (ASD)	
	Indicatori di risultato	**Tempistica**
5.5.1_1	Attivazione PDTA sui disturbi dello spettro autistico (ASD)	**31.12.2021**
5.5.1_2	Istituzionedella sede del Centro Specialistico Regionale Autismo (CSRA) presso la Neuropsichiatria infantile di Campobasso	**31.12.2021**
5.5.1_3	Istituzione Centro diurno per persone con ASD	**31.12.2021**
5.5.1_4	Attivazione Progetto Pilota di due realtà abitative protette per persone con ASD a Campobasso e Termoli	**31.12.2021**
	Responsabile del procedimento attuativo	
	Direzione Generale per la Salute	
	Direzione Generale ASReM	

Salute mentale e le Dipendenze Patologiche

	ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
	Risultati programmatici	
	Riorganizzazione del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche	
	Presa in carico dei minori con disturbi del comportamento alimentare e promozione della continuità terapeutica	
	Indicatori di risultato	**Tempistica**
6.1.1_1	Riconversione e diversificazione delle attuali strutture residenziali assistenziali	**31.12.2021**
6.1.2_1	Recepimento con DCA delle Linee guida nazionali multidisciplinari sui disturbi alimentari del Ministero della Salute	**31.12.2021**
6.1.2_2	Predisposizione del PDTA atto a recepire le Linee guida nazionali multidisciplinari e regionali sui disturbi alimentari del Ministero della Salute	**31.12.2021**

6.1.2_3	Elaborazione di percorsi in semi-residenziale per la riabilitazione psico-nutrizionale come definito dalle raccomandazioni dei "Quaderni Ministeriali"	**31.12.2021**
	Responsabile del procedimento attuativo	
	Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	
	Servizio regionale per l'assistenza socio-sanitaria	
	Direzione Generale ASReM	

Salute Penitenziaria

	ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
	Risultati programmatici	
	Promozione della continuità assistenziale necessaria ai detenuti e condivisione del trattamento tra Sanità Penitenziaria Intramuraria e Dipartimento di Salute Mentale	
	Informatizzazione dell'Assistenza Sanitaria in ambito penitenziario	
	Indicatori di risultato	**Tempistica**
7.1.1_1	Elaborazione di un PDTA finalizzato alla condivisione e continuità terapeutica	**31.12.2021**
7.1.2_1	Adozione della Cartella Informatizzata (HTH) e attivazione della Telemedicina	**31.12.2021**
	Responsabile del procedimento attuativo	
	Direzione Generale Salute	
	Direzione Generale ASReM	

Governo dell'assistenza farmaceutica e dei dispositivi medici

	ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
	Risultati programmatici	
	Consolidamento della metodologia di valutazione e monitoraggio delle modalità prescrittive di MMG e PLS	
	Promozione di misure a garanzia dell'appropriatezza prescrittiva degli "antimicrobici generali per uso sistemico"	
	Adozione di indicatori di appropriatezza clinica per aree terapeutiche di sovra utilizzo	
	Revisione Accordo Regione-Federfarma Molise per la distribuzione diretta dei farmaci del Prontuario Ospedale-Territorio (PHT)	
	Razionalizzazione della spesa mediante processi di centralizzazione degli acquisti diretti	
	Governo della spesa dei Dispositivi Medici e dell'appropriatezza	
	Garantire l' appropriatezza dei processi di approvvigionamento e di utilizzo dei dispositivi medici impiantabili attivi e per l'autocontrollo glicemico	
	Indicatori di risultato	**Tempistica**
8.1.1_1	Allineamento dei medici iperprescrittori alla media regionale eliminando le prescrizioni inappropriate e rientrando in uno Z-score compreso tra -1 e +1.	**31.12.2021**
8.2.1_1	Riduzione del volume complessivo annuo di unità posologiche (UP) in rapporto alla popolazione-per tutte le formulazioni di antimicrobici generali per uso sistemico e in riferimento alla forma iniettiva (entro lo standard di riferimento rilevato dal rapporto OSMED 2017 "Uso degli antibiotici in Italia" pubblicato a Marzo 2019) (Eventuale adeguamento al Rapporto OsMed 2018)	**31.12.2021**
8.3.1_1	Implementazione delle attività di monitoraggio per i farmaci ad elevato impatto economico e l'implementazione di nuovi indicatori rispetto a quelli già approvati e conseguente attuazione del sistema di *governance* della spesa farmaceutica	**31.12.2021**
8.4.1_1	Realizzazione dell'implementazione del sistema di distribuzione diretta, mediante le farmacie del territorio e la revisione delle quote di spettanza delle farmacie, sia delle aree urbane che delle aree periferiche	**31.12.2019**
8.5.1_1	Trasmissione da parte di ASReM del file aggiornato dei fabbisogni alla CUC	**31.12.2021**
8.7.1_1	Istituzione della Commissione Regionale Dispositivi Medici (CRDM)	**31.12.2021**

8.7.1_2	Emanazione del DCA che regola il percorso di tracciabilità del dispositivo medico dalla fase di approvvigionamento sino all'utilizzatore finale o all'impianto	**31.12.2021**
	Responsabile del procedimento attuativo	
	Direzione Generale per la Salute	
	Direzione Generale ASReM	
	Servizio Regionale per la Farmaceutica	

Rapporti con gli erogatori privati: una collaborazione pubblico – privato

	ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
	Risultati programmatici	
	Definizione dei tetti di spesa 2019, 2020, 2021 per l'acquisto di prestazioni ospedaliere e territoriali	
	Indicatori di risultato	**Tempistica**
9.1.1_1	Emanazione decreti per tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati per assistenza ospedaliera e assistenza specialistica ambulatoriale per il 2019-2020-2021	**31.12.2021**
	Responsabile del procedimento attuativo	
	Direzione Generale per la Salute	
	Direzione Generale ASReM	
	Ufficio per l'Ospedalità pubblica e privata	
	Ufficio per l'Assistenza Territoriale	
	VALORIZZAZIONE ECONOMICA	
	Si stima una riduzione dei costi pari a -32,474 €mln.	

Gestione e sviluppo delle risorse umane

	ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
	Risultati programmatici	
	Implementazione di un sistema di valutazione e valorizzazione delle risorse umane	
	Indicatori di risultato	**Tempistica**
11.2.1_1	Implementazione del sistema di valutazione della performance secondo quanto previsto dal Piano della Performance 2019-2021 dell'ASReM (Determinazione del DG ASReM n.111 del 30-01-2019)	**31.12.2021**
11.2.1_2	Implementazione di meccanismi di incentivazione del personale del comparto	**31.12.2021**
11.2.1_3	Avvio e conclusione delle procedure concorsuali in base al piano assunzionale	**31.12.2021**
	Responsabile del procedimento attuativo	
	Direzione Generale ASReM	

Sicurezza, rischio clinico e qualità del SSR

	ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
	Risultati programmati	
	Elaborazione e Implementazione del Piano dell'attività di *Risk Management* per l'anno 2019-2021	
	Implementare le aree di monitoraggio e sviluppo di sistemi di *Incident reporting*	
	Redazione e formazione degli operatori in merito al Piano di *Risk Management*	
	Indicatori di risultato	**Tempistica**
12.1.1_1	Produzione e pubblicazione di una Relazione Annuale consuntiva	**31.12.2021**
12.1.1_2	Pubblicazione dell'importo dei risarcimenti erogati relativamente alle richieste di risarcimento in ambito di Risk Management, con riferimento all'ultimo quinquennio	**31.12.2021**
12.1.1_3	Compilare correttamente e nei tempi previsti la scheda A (5 gg.) e la scheda B (45 gg.) relativa agli eventi Sentinella secondo il Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella – Luglio 2009	**31.12.2021**
12.1.1_4	Elaborazione di una procedura idonea a segnalare da parte di tutti i Punti Nascita regionali gli eventi materni e fetali *trigger* occorsi in ambito ostetrico e ginecologico.	**31.12.2021**
12.1.1_5	Produzione annuale di almeno 5 buone pratiche (procedure, PDTA, protocolli) sulle aree Controllo Cadute, Rischio infettivo e Ulcere da pressione	**31.12.2021**
12.1.1_6	Implementazione di almeno 80% delle 18 raccomandazioni ministeriali	**31.12.2021**
12.1.1_7	Redazione del piano formativo triennale di *Risk Management*	**31.12.2021**
12.1.1_8	Erogazione di almeno il 50% delle attività formative previste dal piano formativo di *Risk Management*	**31.12.2021**
	Responsabile del procedimento attuativo	
	Direzione Generale per la Salute	
	Direzione Generale ASReM	

Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi

	ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
	Risultati programmatici	
	Razionalizzazione della spesa per l'acquisto di Beni e Servizi	
	Indicatori di risultato	**Tempistica**
13.1.1_1	Adesione a confronti concorrenziali derivanti dall'espletamento di sistemi dinamici posti in essere da altre Regioni	**31.12.2021**
	Responsabile del procedimento attuativo	
	Direzione Generale per la Salute	
	Direzione Generale ASReM	

Gestione e potenziamento del patrimonio informativo socio-sanitario a supporto del monitoraggio e governance del SSR

	ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO
	Risultati programmatici
	Sviluppo, implementazione e consolidamento dei flussi informativi

	Indicatori di risultato	Tempistica
14.2.1_1	Definizione di una piattaforma di integrazione dei flussi informativi	**31.12.2021**
14.2.1_2	Strutturazione, in ASReM di una specifica unità operativa specializzata e dedicata al governo dei processi di digitalizzazione	**31.12.2021**
	Responsabile del procedimento attuativo	
	Direzione Generale per la Salute	
	Dirigente responsabile flussi informativi e controllo di gestione	
	Direzione Generale ASReM	

Attuazione del D.lgs. n. 118/2011, Certificabilità dei bilanci del SSR e Contabilità analitica

	ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
	Risultati programmatici	
	Attuazione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità dei Bilanci del SSR (PAC)	
	Integrazione della contabilità economico patrimoniale della Gestione Sanitaria Accentrata con la contabilità regionale	
	Implementazione della Contabilità analitica per centri di costo	
	Indicatori di risultato	**Tempistica**
15.1.1_1	Finalizzazione dell'implementazione del sistema informativo contabile, già avviata nel 2016	**31.12.2021**
15.2.1_1	Adozione di un nuovo DCA per rimodulare le scadenze sulla base dello stato di attuazione delle azioni da parte di ASReM e della GSA in merito al PAC	**31.12.2021**
15.2.1_2	Definizione, nel DCA di cui sopra, della riprogrammazione della conclusione del Percorso di certificabilità dei Bilanci	**30.12.2021**
15.3.1_1	Predisposizione piano dei centri di costo/centro di responsabilità aziendali	**31.12.2021**
15.3.1_2	Progettazione e attuazione del modello di monitoraggio del SSR e consolidamento dei dati secondo modalità coerenti con le metodologie definite nell'ambito del SIVEAS e con i modelli dati del NSIS	**31.12.2021**
15.3.1_3	Implementazione in ASReM della metodologia regionale di controllo di gestione aziendale per centri di responsabilità/costo	**31.12.2021**
15.3.1_4	Miglioramento e consolidamento flussi informativi a supporto del monitoraggio	**31.12.2021**
15.3.1_5	Adeguamento dei sistemi gestionali locali	**31.12.2021**
15.3.1_6	Predisposizione puntuale dei modelli CP e LA da ASReM	**31.12.2021**
15.3.1_7	Predisposizione di specifiche reportistiche, dati di attività per Centro di Responsabilità/Costo, Conti economici per Centro di Responsabilità/Costo	**31.12.2021**
	Responsabile del procedimento attuativo	
	Direzione Generale per la Salute	
	Dirigente responsabile GSA	
	Direttore Generale ASReM	
	Dirigente responsabile Flussi informativi e Controllo di gestione	

Investimenti in infrastrutture e tecnologie

	ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
	Risultati programmatici	
	Riconversione, ristrutturazione e adeguamento strutture sanitarie ospedaliere e territoriali	
	Indicatori di risultato	**Tempistica**
16.1.1_1	Emanazione DCA per approvazione dei singoli progetti	**31.12.2021**
16.1.1_2	Affidamento dei lavori dei singoli progetti	**31.12.2021**

	Responsabile del procedimento attuativo
	Direzione Generale per la Salute
	ASReM
	Servizio Risorse Finanziarie del Servizio Sanitario Regionale

Rapporto con l'Università

	ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
	Risultati programmati	
	Rinnovo della collaborazione tr a l'Università e l'Ospedale Cardarelli	
	Indicatori di risultato	**Tempistica**
17.1.1_1	Rinnovo del Protocollo di Intesa	**31.12.2021**
	Responsabile del procedimento attuativo	
	Direttore Generale della Direzione Generale per la Salute	

Comunicazione e governance del Piano

	ELEMENTI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE DELL'INTERVENTO	
	Risultati programmatici	
	Sviluppo e pianificazione di politiche di comunicazione aziendale	
	Indicatori di risultato	**Tempistica**
18.1.1_1	Redazione del Piano di comunicazione aziendale	**31.12.2021**
	Responsabile del procedimento attuativo	
	ASReM	